

En este estudio hemos observado que la participación estudiantil tiene un impacto sobre las medidas de prevención del dengue ya que acentúan su conocimiento y su cumplimiento, lo que influye de manera significativa en la disminución de todos los indicadores entomológicos. Estudios previos<sup>3-6</sup> han mostrado que los escolares influyen de manera significativa en la mejora del conocimiento sobre el dengue en su comunidad, convirtiéndose así en portadores efectivos de la información siendo por tanto, un medio positivo complementario a las campañas de difusión masiva.

Consideramos que reforzar los programas de estudio con aspectos de saneamiento ambiental, centrados en la participación social de los estudiantes en las luchas antivectoriales a nivel domiciliario en coordinación con el ministerio de Salud y de Educación contribuiría a la sostenibilidad de las medidas de control.

## Bibliografía

1. World Health Organization and the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR). En: Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. Geneva: TDR/WHO; 2009 [consultado 19 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/rpc/guidelines/9789241547871/en/>
2. San Martin JL, Brathwaite-Dick O. Integrated strategy for dengue prevention and control in the Region of the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21:55-63.
3. Avila Montes GA, Martinez M, Sherman C, Fernandez Cerna E. Evaluation of an educational module on dengue and Aedes

- aegypti for schoolchildren in Honduras. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16:84-94.
4. Claro LB, Tomassini HC, Rosa ML. Dengue prevention and control: a review of studies on knowledge, beliefs, and practices. *Cad Saude Publica*. 2004;20:1447-57.
5. Vivas E, Guevara De Sequeda M. A game as an educational strategy for the control of Aedes aegypti in Venezuelan schoolchildren. *Rev Panam Salud Publica*. 2003;14:394-401.
6. Madeira NG, Macharelli CA, Pedras JF, Delfino MC. Education in primary school as a strategy to control dengue. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2002;35:221-6.

Virginia Núñez-Samudio<sup>a,b,\*</sup>, Erick Montenegro<sup>a,b,c</sup>  
e Iván Landires<sup>d</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Santiago Nonualco, Ministerio de Salud, La Paz, El Salvador*

<sup>b</sup> *Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer, San Salvador, El Salvador*

<sup>c</sup> *Región de Salud de Coclé, Ministerio de Salud, Coclé, Panamá*

<sup>d</sup> *Servicio de Consulta Externa, Hospital Dr. Joaquín Pablo Franco Sayas, Ministerio de Salud, Las Tablas, Panamá*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [virysamudio@yahoo.es](mailto:virysamudio@yahoo.es)  
(V. Núñez-Samudio).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.004>

## La historia clínica domiciliar de cuidados paliativos: una propuesta para la atención integral de los pacientes terminales

### Home palliative care medical history: A proposal for the integral care of terminal patients

Sr. Director:

Una de las bases para el nacimiento y desarrollo de los cuidados paliativos en los años sesenta fue el concepto de «dolor total»<sup>1</sup>. Cecily Saunders demuestra que la calidad de vida de los pacientes mejora notablemente al abordarse de forma integral no solo elementos físicos, sino también aspectos emocionales, sociales y espirituales<sup>2</sup>. Desde este marco teórico holístico se diseña la evaluación del «Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia»<sup>3</sup>, con la finalidad de abordar de forma integral las necesidades del paciente terminal y sus familias mediante una evaluación periódica, sistemática y continuada que genere experiencia y evidencia<sup>4</sup>. El objetivo fue constatar el grado de detección, exploración, atención y registro en las historias clínicas de cuidados paliativos (HCCP) de la información general del paciente, así como de los cuadrantes físico, emocional, intelectual y espiritual, así como describir la forma en la que se

expresan para avanzar en el desarrollo del modelo integral de atención al paciente terminal y sus familias.

El estudio fue realizado entre junio de 2009 y junio de 2010 desde la Unidad de Coordinación de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia. Se trata de un estudio cualitativo, orientado a la investigación-acción y basado en la revisión y análisis de los registros en las HCCP en función de un guión elaborado a tal fin: hoja de extracción de información de la historia clínica de cuidados paliativos (HEICC) (tabla 1). Mediante las HEICC se revisaron aleatoriamente 266 HCCP (p=50% e IC del 95%) de una población total de 860. La revisión fue realizada por los profesionales de los equipos de soporte de atención domiciliar de cuidados paliativos de la Región de Murcia (ESAD), 14 enfermeras y 14 médicos de familia por pares y de manera conjunta: una enfermera y un médico de familia, mediante un reparto aleatorio y equitativo (mismo número de HCCP para revisar), siempre que las HCCP asignadas no hubieran sido elaboradas por los propios revisores. Para el análisis del contenido se siguió la metodología de la teoría fundamentada (*grounded theory*)<sup>5</sup> mediante codificación, establecimiento de unidades de análisis y categorización.

La información general del paciente, especialmente la realización del genograma y el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, y el cuadrante físico, sobre todo el registro del «dolor», son los elementos que mayormente se registran en las HCCP, en consonancia con el predominio

**Tabla 1** Hoja de extracción de información de la historia clínica de cuidados paliativos

#### Información general

*Conocimiento de la enfermedad por parte del paciente*

Sí conoce

No conoce

No está presente el dato

*Realización del genograma (sí/no)*

#### Cuadrante emocional

*Sentimientos del paciente y la familia: angustia, confusión, miedo, frustración, ira, culpa, satisfacción, alivio, etc.*

*Procesos de duelo/pérdida previos a la muerte del paciente (paciente y/o familia)*

#### Cuadrante intelectual

*Metas, objetivos o aspiraciones familiares, profesionales, personales, etc. (paciente y/o familia)*

*Últimas voluntades o deseos del paciente (vivo o tras su muerte)*

#### Cuadrante espiritual

*Sentido de la vida, comprensión del mundo, significados de la enfermedad, la muerte, ser padre, hija, etc.*

#### Cuadrante físico

*Control de síntomas*

Dolor

Insomnio

Estreñimiento

Disnea

*Escalas completadas*

Karnofsky

Katz

Sociofamiliar

Pfeiffer

Arnell

Barthel

*Escalas en las que existe un seguimiento de las puntuaciones durante al menos 2 visitas*

Karnofsky

Katz

Sociofamiliar

Pfeiffer

Arnell

Barthel

de la cultura biomédica en nuestro entorno<sup>6</sup>. Le seguirían el cuadrante emocional: emociones de tristeza, preocupación, tranquilidad, miedo, angustia, ira, culpa, satisfacción y agradecimiento; el cuadrante intelectual: expresión de metas, objetivos o aspiraciones familiares, profesionales, personales del paciente o la familia. Y, por último, el cuadrante espiritual: sentimientos de confesionalidad, ideas de transformación y cambio de estado y de conexión con la familia en la trascendencia.

La HEICC resulta útil para identificar con exactitud las informaciones recogidas en las HCCP y registrarlas de una forma ordenada, sistemática y rigurosa.

Los registros de las HCCP actuales para evaluar el modelo de atención integral al paciente terminal resul-

tan deficientes por no permitir abordar suficientemente el registro de los cuadrantes emocional, intelectual o espiritual. Difícilmente se tendrán en cuenta y atenderán correctamente estos aspectos si no se exploran ni registran previamente.

En las HCCP es preciso incluir el registro de los cuadrantes emocional, intelectual y espiritual, así como sus respectivos indicadores (emociones, expresiones, sentimientos e ideas) recogidos en los resultados.

## Financiación

Ministerio de Sanidad y Política Social. Subvenciones a Cuidados Paliativos. Subvenciones a las comunidades autónomas y a INGESA para la implementación de las estrategias del Sistema Nacional de Salud. Según Real Decreto 829/2010, de 25 de junio, BOE (viernes, 9 de julio de 2010).

## Agradecimientos

La Unidad de Coordinación de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia desea mostrar su más sincero agradecimiento a los 14 equipos de soporte de cuidados paliativos domiciliarios del Servicio Murciano de Salud.

## Bibliografía

1. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, Gabilondo S. Basic principles for the control of total pain. *Rev Soc Esp Dolor*. 1999;6:29-40.
2. Saunders CM, Baines M. Living with dying. The management of the terminal disease. Londres-Oxford: Oxford University Press; 1983, 12-13.
3. Servicio Murciano de Salud. Plan Integral de Cuidados Paliativos en el Servicio Murciano de Salud. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2007.
4. Gómez-Batiste X, Pascual A, Espinosa J, Caja C. Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:179-85.
5. Strauss A, Corbin J. Basic of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. 2.<sup>a</sup> ed. Thousand Oaks: Sage; 1998.
6. Steindal SA, Sørbye LW, Bredal IS, Lerdal A. Agreement in documentation of symptoms, clinical signs, and treatment at the end of life: a comparison of data retrieved from nurse interviews and electronic patient records using the Resident Assessment Instrument for Palliative Care. *J Clin Nurs*. 2012;21(9-10):1416-24.

Francisco José Sánchez Marín<sup>a,\*</sup>,  
Fuensanta Sánchez Sánchez<sup>b</sup>, Francisca Ros Martínez<sup>c</sup>  
y Ana María Ballesteros Pérez<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, Murcia, España

<sup>b</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Unidad de Coordinación de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

<sup>c</sup> Unidad de Coordinación de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España  
<sup>d</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Los Dolores, Área II del Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

\* Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: [fjism0189@hotmail.com](mailto:fjism0189@hotmail.com)  
 (F.J. Sánchez Marín).  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.011>

## Consideraciones sobre la emisión del certificado médico de defunción

### Considerations on issuing death certificates

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo sobre las consideraciones éticas y legales del certificado médico de defunción (CMD) publicado recientemente en ATENCIÓN PRIMARIA<sup>1</sup>. Desde el año 2009 se dispone de un nuevo CMD unificado con el *Boletín Estadístico de Defunción*, que cumple con los estándares de estructura y contenido recomendados por la OMS<sup>2,3</sup>. La cumplimentación del CMD, como documento médico-legal, es un acto médico de gran trascendencia jurídica, que permite la inscripción en el Registro Civil de la persona como fallecida y su posterior inhumación. Además tiene un gran impacto epidemiológico, ya que la mortalidad es uno de los parámetros utilizados en el diseño y valoración de las políticas sanitarias<sup>2</sup>.

Celebramos la aproximación ética y humanitaria a la cumplimentación del CMD en aquellas situaciones en las que el médico, previa exploración del cadáver, pueda identificar u orientar una causa de muerte atribuible. El reconocimiento de la situación emocional de los familiares se plasma en el deber de facilitar los trámites legales de inscripción e inhumación. En este sentido, Cirera y Segura llaman la atención sobre cierta resistencia a asumir la eventual responsabilidad legal que implica la certificación médica<sup>3</sup>. Ante la orientación de una muerte como natural y la escasez de documentación clínica, recomiendan, igual que Monsó-Fernández, esperar dentro de las 24 h siguientes para recabar la documentación clínica necesaria para cumplimentar el CMD, aspecto que el autor concreta en la redacción de una nota clínica y posterior contacto con el médico de atención primaria<sup>1</sup>.

También señala que algunos casos con repercusión mediática han podido plantear dudas éticas y legales a la hora de firmar el CMD. Las muertes con intervención judicial supusieron el 5,1% del total de defunciones de residentes en la ciudad de Barcelona en los años 2004 a 2006, la mitad de ellas (51,2%) por causas naturales (61,4% en mayores de 50 años)<sup>4</sup>. Aunque la importancia de las fuentes forenses está reconocida en el estudio de las características clínicas y patológicas de la muerte súbita y de su incidencia en adultos jóvenes<sup>5</sup>, una proporción de ellas no son estrictamente muertes súbitas o inesperadas, sino que derivan de la judicialización de la defunción ante la inexistencia del CMD por diversas razones.

En casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad al tratarse de una muerte judicial no se debe firmar el CMD. El autor subraya que firmar un CMD en estos supuestos

representaría un delito tipificado en la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECr), agravado por el hecho de tratarse de un empleado público y profesional de la salud. Sin embargo, la LECr solo establece la obligatoriedad de la autopsia judicial en esas muertes, optando por la sensibilidad que supone un criterio de inclusión amplio como es el de «muerte violenta sospechosa de criminalidad»<sup>6</sup>. En todo caso se podría imputar al médico un delito de falsedad documental recogido en el Código Penal, aunque opinamos, como Cirera y Segura<sup>3</sup>, que difícilmente se perseguirá a ningún médico que, de buena fe y previa exploración, certifique como natural una muerte que no lo sea, nuestra propia experiencia así lo demuestra.

En cualquier caso, queremos felicitar al autor por su abordaje humanitario del proceso de emisión del CMD con la esperanza de que su visión sea ampliamente compartida en el sector de la atención primaria.

### Bibliografía

1. Monsó-Fernández C. ¿Firmo el certificado de defunción? Legalidad y ética. *Aten Primaria*. 2012;44:20-2.
2. Arimany-Manso J, Barbería-Marcalain E, Rodríguez-Sendín JJ. El nuevo certificado médico de defunción. *Rev Esp Med Legal*. 2009;3:5-6.
3. Cirera L, Segura A. Documentos médicos de la defunción actualizados: certificado médico de defunción y boletín estadístico de parto. *Aten Primaria*. 2010;42:431-7.
4. Gotsens M, Mari-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sanz M, Martos D, Espelt A, Pérez G, et al. Validación de la causa básica de defunción en las muertes que requieren intervención medicolegal. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:163-74.
5. Barbería E, Gotsens M, Xifró A, Castellà J, Rodríguez-Sanz M, Medallo J. Estudio retrospectivo de la muerte súbita cardiovascular extrahospitalaria de adultos de mediana edad en la ciudad de Barcelona. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:226-7.
6. Xifró-Collsamata A, Pujol-Robinat A, Medallo-Muñoz J, Arimany-Manso J. Impacto de los datos utilizados en medicina forense sobre la salud pública. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:389-96.

Eneko Barbería<sup>a,b,\*</sup>, Alexandre Xifró<sup>c,d</sup>,  
 Carles Martin-Fumadó<sup>c</sup> y Josep Arimany<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Institut de Medicina Legal de Catalunya, Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya, Reus, España

<sup>b</sup> Unitat d'Anatomia Humana i Embriologia, Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat Rovira i Virgili, Reus, España

<sup>c</sup> Institut de Medicina Legal de Catalunya, Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España