

EDUCACION Y ADIESTRAMIENTO EN CERTIFICACION MEDICA

INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO

I. INTRODUCCION

El Grupo de Trabajo sobre Educación y Adiestramiento en Certificación Médica se reunió en Caracas, Venezuela, del 26 al 30 de mayo de 1959, en el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades, auspiciado por la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, de Venezuela. Los objetivos de la reunión fueron efectuar una revisión completa del estado de la enseñanza y adiestramiento en materia de certificación médica, particularmente de los estudiantes de medicina, intercambiar opiniones sobre los diversos métodos para promover dicha enseñanza y preparar recomendaciones sobre la enseñanza de la certificación médica en las escuelas de medicina.

Antes de la reunión, en la Oficina Central de la Organización Mundial de la Salud se preparó un resumen preliminar de la enseñanza de la certificación médica de las causas de defunción basado en la información contenida en los programas disponibles de las escuelas de medicina, en respuesta a solicitudes de datos suplementarios y en varios artículos publicados, estudios y folletos (WHO/HS/Nat. Com./123, enero 30, 1959). El resumen y conclusiones se incluyen a continuación:

“Si, de una parte, se tiene en cuenta la utilidad de consignar correctamente los detalles relativos a la causa de la defunción y, de la otra, la dificultad que plantea la redacción del certificado correspondiente, no cabrá la menor duda de que es preciso hacer todo lo posible para que los profesionales de la medicina reciban la instrucción adecuada a este respecto.

“Esta enseñanza ha de dirigirse tanto al estudiante de medicina como al médico recién graduado o al que está ya ejerciendo su profesión.

“Los métodos de enseñanza comprenden clases magistrales, demostraciones, prácticas de labora-

torio, discusiones en grupo, seminarios y publicaciones. El material de enseñanza correspondiente estará compuesto de ciertas publicaciones como manuales y folletos sobre los principios y la técnica de certificación médica, instrucciones incluidas en el certificado de defunción, así como por artículos de la prensa médica y cartas destinadas al médico que certifica para esclarecer algunas respuestas incorrectas; además, de ciertos medios visuales, como películas cinematográficas, diapositivas y láminas.

“No es probable que el empleo aislado de un solo método, por grande que sea su utilidad, proporcione resultados apreciables. Más fácil será alcanzar la finalidad buscada si la enseñanza se imparte repetidamente durante la vida profesional del médico y se hace uso de diversos métodos.

“En el período universitario, las materias relativas a la certificación médica, por constituir un asunto relativamente breve, deben incluirse siempre en el programa de otra asignatura; es indiscutible su relación con los temas de estadística vital y sanitaria que, en general, forman parte de los estudios de salubridad pública y medicina preventiva. El certificado de defunción es uno de los documentos básicos de las estadísticas y, por otra parte, el conocimiento adecuado de las aplicaciones de las estadísticas vitales y sanitarias servirá para que se dé la importancia debida al acto de la certificación. En algunos sitios, la enseñanza de la certificación de la causa de defunción, debido a su trascendencia jurídica, se suministra en el programa de medicina legal, ya exclusivamente, o como enseñanza añadida a la instrucción que se imparte en la asignatura de salud pública. Las cátedras de clínica médica y de anatomía patológica pueden contribuir con eficacia al mejoramiento de la instrucción. Algunas escuelas de medicina se han puesto de acuerdo con los servicios de estadística para que el personal de estos últimos colabore en la labor de enseñanza.

“El período académico en que se imparte esta enseñanza depende del curso en que esté incluida la asignatura principal, casi siempre entre el segundo y el sexto año de la carrera.

“El objetivo de la enseñanza universitaria de

la certificación médica no consiste en proporcionar un conocimiento de los métodos, sino en orientar a los estudiantes respecto a su finalidad y hacerles comprender su utilidad práctica en materia de salubridad pública. Al parecer, en dos o tres horas hay tiempo suficiente para fijar esas nociones, sobre todo si se ha preparado el terreno previamente en las clases de estadística vital y sanitaria; también podrá ganarse tiempo si los estudiantes realizan trabajos prácticos en su casa a base de llenar algunos certificados de prueba y se comentan los resultados en la siguiente clase.

“El tipo de enseñanza que se imparte en las escuelas de salubridad pública, es la causa de que aquélla no tenga una gran influencia directa sobre la formación de los médicos en materia de certificación, si bien puede contribuir de un modo indirecto instruyendo a los médicos sanitarios que, a su vez, aprovechan sus conocimientos organizando un sistema de enseñanza colectiva de los médicos en ejercicio. Sólo en aquellas zonas donde el médico de salubridad tiene, por diversas razones, la misión de extender los certificados de defunción, las escuelas de salubridad tendrán una intervención importante en el programa general de instrucción.

“Es necesario que se aprovechen mejor de las ventajas que ofrecen los hospitales para certificar con exactitud las causas de los fallecimientos, y para instruir en esta materia a los residentes y a los internos. Los patólogos y los jefes de los departamentos clínicos deben cooperar en el establecimiento de normas relativas a la veracidad de la certificación y en la organización de programas para enseñar el modo correcto de extender un certificado.

“La instrucción de los médicos que, como ocurre en ciertos países, tienen reducida su vida gremial al hecho de estar afiliados a una asociación profesional, exige el empleo de diversos métodos, si se pretende alcanzar el fin propuesto. La distribución de folletos, los artículos de la prensa médica, la organización de discusiones en grupo, seminarios y cursos de perfeccionamiento, así como la solicitud de aclaraciones en los casos de certificación incorrecta, son métodos necesarios, todos ellos, para influir al médico, mantener vivo su interés y lograr su colaboración, pues así se le da a conocer que los datos facilitados por él son útiles, apreciados y, lo que es más importante, atentamente examinados.”

A. *Estado actual de la enseñanza de la certificación médica*

Los participantes informaron sobre los diferentes aspectos de la enseñanza de la certificación médica en las escuelas de medicina con los cuales estaban familiarizados. Se contó con datos de 54 escuelas de medicina de la América Latina y en 35 de ellas se enseñaba la certificación médica en alguna forma. En términos generales, los puntos sobresalientes de estos informes fueron:

1. La enseñanza está asociada generalmente a la Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública, con frecuencia a la de Anatomía Patológica y/o Medicina Legal, y muy ocasionalmente a las de Clínica.

2. La enseñanza de la certificación médica tiene lugar generalmente en el último año de la carrera. Prepondera la enseñanza teórica, aunque en algunas escuelas hay también enseñanza práctica.

3. La duración de esta enseñanza es muy variable; en algunas escuelas es muy breve, en otras extensa, y no siempre se dedica todo el tiempo a la certificación, ya que, con alguna frecuencia, se utiliza para la enseñanza de la clasificación de enfermedades.

4. Algunas escuelas han logrado un desarrollo notable de esta enseñanza, utilizando conferencias con ayudas visuales, ejercicios, discusiones, visitas a servicios nacionales de estadística, seminarios, tesis sobre la materia, sesiones clínico-patológicas, etc.

5. No hubo ninguna información sobre evaluación de resultados obtenidos con los programas que se están poniendo en práctica, aunque se mencionaron algunos problemas, como el escaso interés del estudiante, falta de cooperación de los profesores de otras cátedras o asignaturas, diferencia de propósitos y falta de coordinación entre el diagnóstico anatomopatológico y las causas especificadas en la certificación de defunción.

Los siguientes comentarios fueron hechos por los participantes de los servicios nacionales de salud:

1. En Brasil el Departamento Nacional de

Salud, a través del Servicio Federal de Bioestadística, lleva a cabo tres tipos de actividades en relación con la enseñanza de la certificación de defunción, que son: cartas de consulta sistemática a los médicos sobre certificados deficientemente llenados; distribución sistemática a los médicos y a los estudiantes de medicina del libreto sobre certificación médica "O Clínico e a Bioestadística," editado por el Servicio Nacional de Educación Sanitaria, y colaboración con las escuelas de medicina recibiendo y promoviendo visitas de los estudiantes a los servicios de bioestadística con el fin específico de debatir problemas sobre certificación médica.

2. En Inglaterra, como se ve en el documento "Instruction of Medical Practitioners in Death Certification in England and Wales," los procedimientos en uso para persuadir a los médicos a que completen correctamente los certificados de defunción se definen en tres grupos, que comprenden medidas dirigidas a: 1) los estudiantes de medicina, 2) los médicos recientemente calificados y (3) los médicos en ejercicio.

"En las escuelas de medicina británicas, desde hace mucho tiempo, se acostumbra dar a los estudiantes instrucción en la certificación de defunción, usualmente como parte de la enseñanza de salud pública o medicina forense, y en algunas escuelas se hacen preguntas sobre el tema en los exámenes. Si los estudiantes de medicina y los médicos recientemente calificados pueden ser persuadidos por sus profesores de que un certificado médico de causa de defunción es un documento del que vale la pena preocuparse, y si a los médicos en ejercicio se les puede recordar frecuentemente que el registro cuidadoso e inteligente de los hechos es una parte del buen tratamiento médico, aun después de la muerte del paciente, no hay duda que se puede lograr un mejoramiento de importancia en la calidad de la estadística de mortalidad."

3. En Estados Unidos se destacó la importancia de actuar con los médicos en ejercicio. El problema se está atacando a través de las oficinas de estadísticas vitales de los estados, responsables directos del mejo-

ramiento de la certificación. Las observaciones siguientes se refieren a los métodos preferibles de mejorar la calidad de la certificación médica:

a) El desarrollo de procedimientos uniformes de consulta sobre certificaciones deficientes.

b) La introducción del uso del modelo del certificado de defunción, con modificaciones apropiadas, en las reuniones anatomoclínicas, para el resumen de los casos discutidos.

c) El estudio sobre el manejo de la certificación en hospitales, como parte de la búsqueda de métodos para mejorar la certificación (50% de las defunciones ocurren en instituciones médicas).

d) El uso del "Physicians' Handbook on Death and Birth Registration" como material de referencia (no como medio de instrucción) para el médico. Dado que se revisa a intervalos de diez años aproximadamente, sería conveniente buscar otros métodos sistemáticos de instrucción.

e) Publicación de artículos en revistas médicas. Aunque útiles como elementos educativos complementarios, las oportunidades de publicación no son frecuentes.

4. El Departamento de Estadísticas Vitales del Servicio de Salud del Uruguay desarrolla dos tipos de actividades en relación con la enseñanza de la certificación de la defunción:

a) Colaboración con las escuelas de medicina en el adiestramiento de los estudiantes, y con la escuela del profesorado en el adiestramiento de los profesores, y

b) Actividades directamente relacionadas con los médicos en ejercicio: consultas aclaratorias sistemáticas sobre certificados deficientemente llenados (a las cuales atribuyen gran eficacia), circulares informativas a los médicos e instrucciones en las cubiertas de los juegos de certificados.

5. Se informó que en Venezuela se im- parte la enseñanza y el adiestramiento sobre la certificación médica de la defunción en la División de Demografía del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social cuando se trata

de los médicos oficiales y privados, y en la Cátedra de Higiene y Medicina Social de la Facultad de Medicina, de Caracas, cuando se trata de los estudiantes de medicina, según las modalidades siguientes:

a) Los estudiantes de medicina reciben, en grupos no mayores de treinta, tres sesiones teórico-prácticas, de dos horas cada una, donde se les enseñan los fines, principios y estructura de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* y de la Certificación Médica Internacional de la Defunción, insistiendo especialmente en ejercicios prácticos (2 horas) sobre el modo de confeccionar esta última por los mismos estudiantes (ver Anexo), prácticas de seminarios, proyecciones y demostraciones sobre los trámites de la certificación desde su fuente (el médico) hasta su tabulación final al nivel nacional (División de Demografía);

b) Los médicos de sanidad, incluyendo los jefes de unidad, médicos rurales y médicos de hospitales, se instruyen mediante cursillos regulares internos y reuniones periódicas dentro del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, mediante sesiones de seminarios donde se usan fundamentalmente el sistema de carteles ("flip chart") y ejercicios elementales de codificación. La enseñanza se complementa con proyecciones, distribución de folletos, visitas a las oficinas centrales de estadística (División de Demografía), y consultas aclaratorias con ocasión de certificados impropriamente expedidos por ellos;

c) Los médicos en ejercicio privado de la profesión son instruidos mediante conferencias y proyecciones de cinta fija en las reuniones profesionales, por medio de folletos y, sobre todo, por medio de consultas aclaratorias.

B. Nomenclatura médica

Por nomenclatura médica se entiende una lista o catálogo de términos médicos para describir y anotar las observaciones clínicas y patológicas, considerados satisfactorios, en el lenguaje médico, en el momento de preparar la nomenclatura. Su propósito prin-

cipal es promover la uniformidad; es decir, el uso del mismo nombre para indicar la misma enfermedad. La nomenclatura no debe confundirse con una clasificación estadística de enfermedades, con un diccionario médico, con una lista de sinónimos o un índice de diagnósticos. Su uso es importante para anotar con precisión las observaciones clínicas y patológicas. Las discrepancias de terminología y su significado existen no sólo dentro de cada país, sino también entre los diferentes países, y se presentan particularmente en relación con ciertas causas de defunción (por ejemplo, enfermedades de la infancia), debido en parte a la terminología empleada en las diferentes áreas para indicar la misma enfermedad.

Sería deseable el establecimiento de una nomenclatura médica que resolviera el problema no sólo en los países de habla española, sino también en los de habla portuguesa. La solución del problema es extraordinariamente compleja y se sugieren los siguientes medios para contribuir a ella: Podría hacerse un estudio de las características del problema y solicitar la colaboración de las sociedades médicas y de las escuelas de medicina para la aprobación y difusión de los términos aceptados. Se podría elaborar una lista de los términos vagos e imprecisos usados en cada país, y solicitar que el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades (CLACE) asuma la iniciativa de estas actividades y de otras que conduzcan finalmente a la solución del problema.

II. TECNICA DE EDUCACION Y PROMOCION

A. Para estudiantes de medicina

1. Contenido de la enseñanza

La enseñanza y adiestramiento de los estudiantes de medicina en la certificación de defunción debería hacerse preferiblemente una vez que hayan estudiado metodología estadística elemental. El contenido sería:

a) La importancia de la certificación de defunciones en las estadísticas de mortalidad, desde el punto de vista local, nacional

e internacional; en la investigación médica; en la planificación, desarrollo y evaluación de programas de salud pública, y para fines legales.

b) El certificado de defunción, incluyendo tipos de certificados, propósitos del formulario y de la certificación, técnicas para una adecuada confección del mismo, responsabilidad del médico y otras personas en su manejo, el proceso mental de síntesis que implica la interpretación de la información clínica para propósitos de certificación, el problema de selección de la causa básica y los principios del certificado médico internacional y el certificado del propio país.

c) Manejo del certificado de defunción desde el momento de su confección por el médico hasta el de la producción y uso de estadísticas de mortalidad (locales, regionales, nacionales e internacionales), incluyendo la necesidad y objetivos del uso de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*.

2. Métodos docentes

Se destacó la importancia de utilizar métodos docentes que estimulen la participación activa del alumno. Entre los métodos que promueven tal participación se señalaron los siguientes:

a) Estimular a los alumnos en la recolección, presentación y crítica de la información estadística sobre mortalidad por causas específicas, a propósito de la enseñanza que estén recibiendo sobre dichas enfermedades. Este método se consideró de mayor valor para los contenidos a) y b) antes señalados.

b) Ejercicios individuales de laboratorio sobre confección de certificados y/o crítica de certificados deficientes, con material de hospitales o proveniente de la supervisión de grupos familiares instituida por la escuela.

c) Interesar a los demás profesores y a los estudiantes de la escuela en la importancia de la correcta certificación de defunción, mediante la participación activa de los encargados de esta enseñanza en las reuniones clínicas y clinicopatológicas, en

conferencias, etc., donde se discutan temas relacionados con dicha certificación.

d) Participación activa del estudiante en las discusiones sobre historias clínicas de fallecidos en el hospital y en sesiones sobre mortalidad.

e) Distribución de material impreso (folletos, manuales, instrucciones, etc.).

f) Visitas, planeadas con fines docentes, a servicios de estadísticas de salud. Este método se consideró importante en el aprendizaje del punto c) del contenido de la enseñanza.

g) Utilización amplia de ayudas visuales (diapositivas, carteles, etc.).

3. Administración del programa docente

Se destacó la necesidad de asignar a una cátedra de la escuela de medicina la responsabilidad de esta enseñanza y la conveniencia de que dicha cátedra fuera la de medicina preventiva o alguna similar. Sin embargo, ello no debe impedir que la enseñanza se inicie en otras cátedras en el momento oportuno.

Hubo acuerdo en que el contenido a) se desarrolle en el transcurso de la primera mitad de los estudios médicos, y los contenidos b) y c) en la segunda mitad.

Los profesores de la escuela, especialmente los de anatomía patológica y de clínicas, debieran tener una visión clara del propósito de la certificación médica, conocer la *Clasificación Internacional de Enfermedades* y su importancia para las investigaciones médicas y de salud pública.

Los profesores de obstetricia y pediatría debieran enseñar cómo se hace el certificado de muerte fetal y señalar la necesidad de que cuando se da un certificado de defunción de un recién nacido, se registre también su nacimiento. El departamento o cátedra responsable de la enseñanza del certificado de defunción debe colaborar con los demás profesores para que ellos adquieran una actitud favorable sobre la certificación correcta y la transmitan oportunamente a los estudiantes.

En los cursos de anatomía patológica se

debería procurar que los profesores alienten a los estudiantes a que completen sus protocolos de necropsia con un certificado correcto de defunción. En los cursos de clínica los estudiantes deberían obtener información de sus profesores sobre la correcta elaboración de un certificado de defunción.

Se consideró de beneficio mutuo la participación en la enseñanza de los funcionarios de los servicios de salud y de estadística vital.

B. Para personal de hospitales

1. Dificultades de la enseñanza

El Grupo de Trabajo reconoció las dificultades de la enseñanza de la certificación de defunción al personal de los hospitales (médicos, enfermeras, parteras, personal administrativo, etc.). Se expusieron como razones de tal dificultad lo poco atractivo del tema *per se*, su escaso interés para el médico preparado para una medicina individualista y la actitud de rechazo que la muerte suscita, y el hecho de que en llenar el certificado de defunción intervengan habitualmente varias personas. Se destacó también como factor de complejidad la necesidad de considerar aspectos generales (actitud frente al certificado) y aspectos especiales (médicos, legales, etc.) de cada uno de los que intervienen en su confección.

2. ¿Quién debería dar la instrucción?

Se convino en que podrían hacerlo los servicios de salud, las escuelas de medicina, las escuelas de salud pública y las escuelas de postgraduados y que dicha enseñanza podría llegar directamente al médico o indirectamente a través de sociedades médicas.

3. Condiciones de la enseñanza

Para alcanzar los objetivos, los servicios de salud deberían demostrar un interés real. Se destacó el papel fundamental del médico en la certificación. Sin embargo, se insistió en la necesidad de incluir la enseñanza del personal paramédico (enfermeras, parteras, etc.), ya que su participación directa o indirecta en la certificación de la defunción es a veces decisiva para la calidad de los certificados. Debería ser siempre un médico quien enseñe lo relativo a certificación de defunción a los otros médicos.

4. Medios de enseñanza

Se señalaron los siguientes: a) consultas en los casos de certificación incompleta o deficiente, b) cursos, c) estudios sobre defunciones, de los servicios de salud, y sobre certificación en hospitales, incluso tesis sobre estos asuntos. Se destacó la importancia de discutir los resultados directamente con los interesados.

* * *

Se recomienda que el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades elabore una lista de referencias bibliográficas para este informe y para los profesores de las escuelas, y que, con las ideas de este grupo de trabajo, difunda material de enseñanza de la correcta elaboración de un certificado de defunción. El grupo consideró que algunos formatos nacionales de certificados de defunción no eran muy claros y, por lo tanto, no facilitan la enseñanza. Se recomienda que dichos países hagan un esfuerzo para elaborar un formato más claro, dentro de las normas de la Organización Mundial de la Salud.

REFERENCIAS

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La Enseñanza de la Certificación Médica de la Causa de Defunción (traducido del Documento WHO/RS/Nat. Com./123, 30 eno. 1959). *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, Ginebra, 1957 (2 volúmenes).

Expert Committee on Health Statistics, First Report, *WHO Tech. Rep. Ser.* N° 5, 1950.
Expert Committee on Health Statistics, Second Report, *WHO Tech. Rep. Ser.* N° 25, 1950.
Expert Committee on Health Statistics, Sixth Report, *WHO Tech. Rep. Ser.* N° 164, 1959.
First International Conference of National Committees on Vital and Health Statistics, *WHO Tech. Rep. Ser.* N° 85, 1954.

Improvement of Medical Certification of Causes of Death in Chile, WHO/HS/Nat. Com./110, 21 mzo. 1958 (incluido en Labor Desarrollada en 1957, Comité Nacional de Estadísticas Vitales y Sanitarias, Chile).

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Certificación Médica de causa de Defunción, Pub. Científica, N° 3, 1953 (traducido del Sup. 3, *Bull. Wld Hlth Org.*).

Informe del Seminario Interamericano sobre la Clasificación de Enfermedades, *Bol. Of. San. Pan.*, Vol. 44, N° 4(ab.) 1958.

Lista de Categorías tomado del Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Pub. Científica, N° 54, 1958.

Relatório de Conferência Sul-Americana de Ensino de Estatística Médica, *Bol. Of. San. Pan.*, Vol. 46, N° 2 (fbro.) 1959.

CENTRO LATINOAMERICANO DE LA CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES, CARACAS, VENEZUELA

Informe sobre el Estado del Uso de la Certificación Médica Internacional de las Causas de Defunción y de la Clasificación Internacional de Enfermedades en los Países de América, 1958.

.....

Dominion Bureau of Statistics, *Summary of Vital Statistics*, Reprinted with additions from the Canadian Yearbook 1956.

Grundy, F.: *Preventive Medicine and Public Health*, An Introduction for Students and Practitioners, 3a. ed., Londres, 1957.

Logan, W. P. D.: Instruction of Medical Practitioners in Death Certification in England and Wales, *Bull. Wld Hlth Org.*, N° 11, 1954.

Logan, W. P. D.: Refresher Course for General Practitioners: Death Certificate, *Brit. Med. Jour.*, N° 1, 1953.

Logan, W. P. D.: The Enigma of Cause of Death, SEA/STAT/Sem. 14, agto. 25, 1958, Nueva Delhi, 1959.

Moriyama, I. M.: Improving the Quality of Medical Certification of Causes of Death in the U. S. A., *Bull. Wld Hlth Org.*, N° 11, 1954.

Smillie, W. G.: *Public Health and Preventive Medicine*, N. Y., 1952.

Wegman, M. E.: International Classification of Diseases, *Pediatrics*, Vol. 24, N° 4 (ab.) 1959.

FOLLETOS NACIONALES

Brasil

O Clínico e a Bioestatística, Lincoln de Freitas Filho, 1956, Río de Janeiro.

Canadá

Physicians' Pocket Reference to the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. An aid in Certifying Causes of Death, with Abridged Alphabetical Index of Causes of Death and Lists of Diseases Notifiable in Canada. Dominion Bureau of Statistics, Health and Welfare Division, 1950.

Chile

Instrucciones para llenar el certificado médico de defunción. Centro Interamericano de Bioestadística, 1953.

Estados Unidos

Physicians' Handbook on Birth and Death Registration (Tenth Edition). US Federal Security Agency, Public Health Service, 1949.

Venezuela

La certificación médica venezolana de causa de defunción (Instrucciones para los médicos). Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Dirección de Salud Pública, División de Epidemiología y Estadística Vital, 1956.

Método Sucinto para la Certificación de la Causa de Muerte, Elena de Ochoa, Técnico Jefe de la Sección de Estadística Vital, Venezuela.

MEDIOS VISUALES

Medical Certification for Causes of Death. Film strip, US Public Health Services, 1951.

Certificación Médica de la Causa de Muerte. Adaptación de la película de la Oficina Nacional de Estadística Vital del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos. Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades, Caracas, Venezuela, y la Oficina Sanitaria Panamericana, 1957.

Conferencia sobre la Certificación Médica de las Causas de Muerte. División de Epidemiología y Estadística Vital, con la colaboración de la Oficina Cooperativa Interamericana de Salud Pública, Caracas, Venezuela, 1956 ('Flip chart').

Apéndice I

LA ENSEÑANZA DE LA CERTIFICACION MEDICA EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE MEXICO

La enseñanza de la certificación médica de las defunciones reviste en México una doble característica: enseñanza durante el estudio de la carrera y enseñanza durante el período de práctica obligatoria que, como médicos rurales, deben rendir antes de poder solicitar exámenes de graduación.

La enseñanza durante el período académico, escolar, ha sido investigado mediante una encuesta especial dirigida a las 22 escuelas de medicina que funcionan actualmente en México. Se recibió respuesta de 16.

De acuerdo con las respuestas, se enseña certificación médica de defunción a la casi totalidad de los alumnos, porque hay algún tipo de enseñanza en 11 escuelas (entre ellas 3 de las más importantes y que contienen más del 75 % de la población escolar).

La enseñanza está generalmente asociada con las materias del período clínico de la enseñanza: medicina preventiva y medicina legal. En una escuela, la enseñanza se la asociaba con la pediatría.

Desafortunadamente, en una de cada tres escuelas, la enseñanza es exclusivamente teórica. En el resto está asociada con ejerci-

cios en los que se usan los formularios oficiales (confeccionados de acuerdo con los lineamientos formulados por la OMS).

Durante el período de práctica de 6 meses, los alumnos están autorizados para expedir certificados de defunción. Al efecto reciben un adiestramiento previo, sobre una serie de materias de salud pública y entre ellas la certificación médica. En 1959 dicha enseñanza consistió en una explicación breve, complementada con la proyección de una colección de transparencias adaptadas por la Escuela de Salubridad de México de los originales preparados por el CLACE, la discusión de algunos problemas de certificación y el análisis de cada uno de los componentes de la parte médica del certificado a base de ejercicios de llenado de formularios.

A pesar de lo dicho, la situación de la certificación médica de defunción en México es muy deficiente. Esta situación se debe fundamentalmente a la insuficiente extensión geográfica de los servicios médicos. La certificación proporcionada por los médicos no llega al 50 % de las defunciones registradas y dentro de esta cifra es aún muy alta la proporción de causas mal definidas.

Apéndice II

EJERCICIOS PRACTICOS USADOS EN LA CATEDRA DE HIGIENE Y MEDICINA SOCIAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE CARACAS, VENEZUELA

En la segunda sesión semanal de dos horas se entrega a los grupos una colección de 14 resúmenes de historias clínicas provenientes de los hospitales de Caracas. Tras una breve explicación teórica en que se hace un resumen de la significación de la certificación ya expuesta en la primera sesión, se llama al pizarrón al primer estudiante, quien lee la primera historia clínica, hace de seguido una síntesis verbal del proceso morboso y escribe entonces la certificación de muerte según su criterio. La certificación se discute entonces por el grupo, y el profesor cuida de guiarlo,

no hacia el plano de la apreciación clínica en sí (que ha de variar necesariamente según el juicio personal de cada alumno), sino hacia el que refleja bien en el certificado la opinión propia, una vez sintetizada y cualquiera que ella sea. Después de un cambio de ideas, el profesor dice cómo piensa él que debiera hacerse la certificación y compara su parecer con el certificado expedido por el médico del hospital, y hace comentarios críticos sobre esta comparación. Se llama entonces al segundo estudiante, que hace lo mismo, y así sucesivamente.

Los 14 resúmenes se reproducen aquí, seguidos de las respuestas a las partes I y II del certificado médico, de acuerdo con el formato del modelo internacional.

RESUMENES DE HISTORIAS CLINICAS

Caso No. 1

Hombre de 20 años. Ingresa el 13/8/51 por dolor abdominal agudo desde el día anterior y temperatura de 39°C. Desde hace 1 mes sufre de fiebre continua, y mediante serodiagnóstico se le diagnostica fiebre tifoidea, con posible perforación intestinal. El examen de heces demuestra presencia de *Strongyloides stercoralis*. Se interviene el 14/8/51, se confirma el diagnóstico, y muere el 17/8/51 con sintomatología clásica de peritonitis.

Caso No. 2

Hombre de 62 años. Ingresa el 19/4/54 con signos de insuficiencia cardíaca derecha pura, iniciada 10 meses antes. Constátase un corazón pulmonar crónico, el cual se juzgó debido a una tuberculosis pulmonar fibrocaverosa, con caverna que afectaba los dos pulmones, de 3 años de evolución aproximadamente. Una telerradiografía practicada el 22/4/54 reveló un pulmón izquierdo con infiltrado predominantemente exudativo y un pulmón derecho fibrocaveroso con numerosas cavernas en el lóbulo superior; al mismo tiempo se encontró aumento de la sombra aórtica. El examen de los esputos, practicado el 23/4/54, reveló bacilos alcohol-ácido-resistentes en abundancia. El enfermo falleció el 27/4/54. La autopsia, practicada el 28/4/54, reveló: tuberculosis pulmonar por reinfección (forma fibrocaverosa-cavitaria) y arterioesclerosis.

Caso No. 3

Mujer de 65 años. Ingresa el 21/4/54 con disnea de esfuerzo y edema de los miembros inferiores, cuya iniciación tuvo lugar 15 días antes. Los exámenes revelan insuficiencia cardíaca. La historia mostró que la paciente sufría de hipertiroidismo desde hacía 4 años, siendo sometida a tratamiento médico por haber rehusado ser operada. La enferma muere el día siguiente (22/4/54), sin haber dado lugar a otro género de exámenes. No hubo autopsia.

Caso No. 4

Mujer de 22 años, grávida de 8 meses y con antecedentes tuberculosos. Ingresa el 31/1/59 con

dolores de parto, cefalea, vómitos y disnea moderada. Al examen físico: disminución del murmullo vesicular en base derecha. Da a luz el mismo día. El segundo día del puerperio revela síndrome meníngeo febril y signos precisos de condensación pulmonar comprobada radiográficamente. La punción lumbar evidencia líquido hipertenso. El L.C.R. revela 160 células de predominio linfocítico, y albúmina (71 mg. 7). Orina: albuminuria, cilindruria y hemoglobinuria. Hematología: hipertencocitosis con neutrofilia. Esputos: bacilo ácido-alcohol-resistente positivo. El 27/2/59, después de agravamiento del cuadro meníngeo, aparece trismus y muere. No se practicó autopsia.

Caso No. 5

Mujer de 67 años. Ingresa el 5/12/53 con la siguiente historia: desde hace 40 años, a consecuencia de un golpe en la pierna izquierda, presentó ulceraciones que recibieron varios tratamientos; después padeció de erisipela en la misma pierna, que cedió espontáneamente. Hace 20 años se le hizo un curetaje por osteomielitis; mejoró por varios años, pero luego presentó orificios fistulosos y fue operada de nuevo hace 15 años, sin resultado. Al examen se encuentra: tres pérdidas de substancia en la pierna izquierda, que son regulares y de fondo limpio y mameloante; en la pierna derecha, otra pérdida de substancia, con los mismos caracteres. La enferma no puede caminar a causa de intenso dolor. Se hace un diagnóstico de osteomielitis en ambas tibias y se decide una cura operatoria, la cual se practica el 11/12/53. Al día siguiente, o sea el 12/12/53, la paciente muere por colapso periférico. A la autopsia se encuentra: 1) Trombosis de 10 c.m. aproximadamente en la parte inferior de la aorta abdominal y en las ilíacas primitivas; 2) pequeños focos de endocarditis en la válvula aórtica, y 3) complejos primarios calcificados del pulmón derecho.

Caso No. 6

Hombre de 91 años. Ingresa el 30/12/53 por presentar, desde 15 días antes, disnea de reposo, palpitations y tos con expectoración húmeda. Al examen se encuentra un área cardíaca aumentada y soplos sistólicos en todos los focos, ruido de galope y estertores húmedos en ambos campos pulmonares. Radiológicamente la imagen pulmonar es normal. Se hace un diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Los síntomas continúan agravándose en el curso de los días subsiguientes y el

enfermo muere el 9/1/54. A la autopsia se encuentra miocarditis, congestión pulmonar bilateral y necatoriasis, siendo muy abundantes los necátos.

Caso No. 7

Hombre de 27 años. Ingresa el 24/3/54 por sufrir desde 22 días antes de dolor en los miembros inferiores y en el hipocondrio y flanco izquierdo; el examen revela esplenomegalia y fiebre alta. Los rayos X en el momento del ingreso, no revelan nada en los pulmones. Tres años antes, el enfermo había estado en el mismo hospital, y se le diagnosticó leucemia crónica mieloide, la cual fue entonces tratada con rayos X y se consiguió mejoría. El examen de sangre, practicado el 26/3/54, reveló 312.000 leucocitos y eritroblastos y mieloblastos. El enfermo murió el 15/4/54, y el informe de la autopsia acusa leucemia mieloide, neumonía del pulmón derecho y flebitis femoral izquierda.

Caso No. 8

El 29/12/51 ingresa una mujer de 75 años, por haberse caído 8 días antes sobre el miembro inferior derecho en una escalera fija en su casa. Se produjo una fractura lineal del cuello del fémur. A la auscultación se le encuentra arritmia completa por fibrilación auricular y se hace el diagnóstico de cardiopatía arterioesclerótica. El Departamento de Cardiología sugiere que, dadas las condiciones de la paciente, no se debe practicar ninguna intervención; también sugiere que no se haga tratamiento específico contra la fibrilación por ser ésta muy vieja y debida a cardioesclerosis, ambas cosas descubiertas hacían 10 años aproximadamente. La paciente muere súbitamente el 2/2/52, y la autopsia revela lo siguiente: 1) marasmo senil; 2) atrofia parda del corazón, hígado y bazo; 3) adherencias pericárdicas con alteración completa de la cavidad; 4) arterioesclerosis generalizada; 5) secuelas de fractura del fémur derecho.

Caso No. 9

Mujer de 40 años. Ingresa el 17/6/52 por presentar trismus, contracturas musculares generalizadas y fiebre, todo lo cual se inició 4 días antes. Se hace el diagnóstico de tétanos. No existían antecedentes de heridas de ningún género, y solamente se encuentran caries dentales de cuarto grado. Se instituye el tratamiento apropiado y la enferma muere el 23/6/52 en el curso

de una convulsión. El diagnóstico final fue de tétanos, de probable origen dentario.

Caso No. 10

Hombre de 72 años. Ingresa el 9/10/53 por disnea intensa, palpitaciones y edema de las piernas. Se admite con el diagnóstico provisional de insuficiencia cardíaca. El mismo día se le practica un examen radioscópico y se le encuentra un aumento global de la sombra cardíaca en todos sus diámetros y un pedículo vascular muy ensanchado. El 21/10/53 la disnea ha disminuido y el paciente se siente mejor. El tratamiento continúa igual en las semanas subsiguientes, pero el 18/12/53 el enfermo se suicida, cortándose el cuello con una navaja de afeitar y muere a las dos horas. Los antecedentes relatados por el mismo paciente habían revelado que hacía 10 años sufrió por un tiempo de confusión mental. La autopsia reveló: 1) Herida del cuello con sección de la tráquea y de la yugular externa izquierda; 2) nefroesclerosis con hipertrofia del ventrículo izquierdo; 3) arterioesclerosis de la aorta y de las coronarias; 4) hidrotórax, hidropicardio, cirrosis cardíaca y anasarca, y 5) necatoriasis.

Caso No. 11

Mujer de 20 años, múltipara; ingresa el 10/4/54 a las 11:30 p.m. en trabajo de parto a término. Presenta cefalea, fuerte epigastralgia, tensión de 24 por 15, edemas y globo vesical. Diagnosticóse eclampsia aparecida en el momento del parto. El día 11/4/54 a la 1:30 a.m. expulsa espontáneamente el feto y cinco minutos después la placenta, después de un trabajo de 5 horas y media. A las 4 a.m. del mismo día, sobreviene respiración estertorosa e irregular, con tensión en ese momento de 22 por 13. A las 5 a.m. la paciente entra en coma, muriendo media hora después con el diagnóstico de hemorragia cerebral. Los resultados de la autopsia fueron los siguientes: 1) Extensa zona hemorrágica del hígado; 2) apoplejía cerebral masiva; 3) nefrosis, y 4) dilatación marcada de la vejiga, o sea lesiones que se estimaron ser debidas a eclampsia.

Caso No. 12

Mujer de 38 años, múltipara; ingresa el 15/5/54 en trabajo. Al ingresar presenta disnea con estertores pulmonares y a los rayos X se encuentra tuberculosis pulmonar. El mismo 15/5/54 expulsa normalmente un feto después de 2 horas de trabajo, pero sobreviene retención placentaria que

se resuelve por el "método de Credé". Pasadas 4 horas, sangra en abundancia, por lo que se hace un curetaje interno bajo anestesia, extrayéndose un cotiledón. La tensión arterial baja a 8 de máxima, pero por transfusión se restablece a 11 por 7; la respiración, sin embargo, continúa dificultosa. El 16/5/54 la disnea persiste, y el 17/5/54 muere con la misma sintomatología. La autopsia revela tuberculosis pulmonar con caverna solitaria y fibrosis marcada del pulmón izquierdo, así como diseminación en ambos pulmones. No se encontraron lesiones en el útero.

Caso No. 13

Niño de 1 año, es admitido el 24/5/54 con intensa disnea, fiebre y tos. Quince días antes había sufrido de diarrea febril, pero a los tres días la diarrea y los vómitos habían cesado, aunque no la fiebre. El examen radiológico del tórax revela opacidad densa en todo el hemitórax derecho con rechazo del corazón y mediastino hacia la izquierda, o sean signos radiológicos de derrame pleural derecho. En una punción practicada el 25/5/54, no se extrajo líquido alguno. El niño muere el 26/5/54 sin presentar otros síntomas, y la autopsia revela lo siguiente: 1) Pleuresía purulenta derecha; 2) zona hemorrágica del lóbulo inferior del pulmón derecho y 3) trombosis de la orejuela derecha.

Caso No. 14

Recién nacido de 2 días, es admitido el 20/6/54 por presentar vómitos y ausencia de deposiciones desde el día anterior. Al tacto, se encuentra ampolla rectal vacía. Al examen radiológico, practicado el 21/6/54, se encuentra una oclusión intestinal alta; se hace una laparatomía exploradora el mismo día y se encuentra una atresia de la porción inicial del yeyuno, y se practicó una anastomosis duodeno-yeyunal látero-lateral. El 23/6/54 presenta disnea, cianosis y estertores crepitantes diseminados en ambos campos pulmonares. Se hace el diagnóstico de bronconeumonía, y el niño muere el 24/6/54. La autopsia revela: 1) Bronconeumonía bilateral; 2) yeyuno atrésico, y 3) anastomosis duodeno-yeyunal.

RESPUESTAS A LAS PARTES I Y II DEL
CERTIFICADO MEDICO

Intervalo aproximado entre el comienzo y la muerte

Caso No. 1

- I
- a) Peritonitis..... 4 días

- b) Perforación intestinal 5 "
- c) Fiebre tifoidea.. 1 mes
- II Estrongiloidosis Ignorado

Caso No. 2

- I
- a) Insuficiencia cardíaca derecha. 10 meses
- b) Corazón pulmonar Ignorado
- c) Tuberculosis pulmonar.. . . . 3 años
- II Arterioesclerosis Ignorado

Caso No. 3

- I
- a) Insuficiencia cardíaca congestiva 2 semanas
- b) Hipertiroidismo 4 años
- c)
- II

Caso No. 4

- I
- a) Meningitis tuberculosa 3 semanas
- b) Tuberculosis pulmonar. Ignorado
- c)
- II Embarazo y glomerulonefritis 8 meses

Caso No. 5

- I
- a) Colapso periférico post-operatorio 1 día
- b) Osteomielitis 40 años
- c)
- II Trombosis de la aorta abdominal e ilíacas primitivas Ignorado

Caso No. 6

- I
- a) Insuficiencia cardíaca congestiva 2 semanas
- b) Miocarditis Ignorado
- c) Necatoriasis "
- II

Caso No. 7

- I
- a) Neumonía terminal Días
- b) Leucemia mieloide crónica 3 años
- c)
- II

Caso No. 8

- I
- a) Muerte súbita minutos
- b) Cardiopatía arterioesclerótica con fibrilación auricular 10 años
- c)
- II Fractura del fémur por caída de una escalera fija en su hogar 1 mes

Caso No. 9

- I
 a) Tétanos..... 10 días
 b) Caries dentales de 4º grado... Ignorado
 c)
 II

Caso No. 10

- I
 a) Sección de la tráquea y yugular externa..... 2 horas
 b) Suicidio con navaja de afeitar. 2 "
 c)
 II Esclerosis aórtica y renal, con hipertrofia cardíaca, Necatoriasis..... Ignorado

Caso No. 11

- I
 a) Apoplejía cerebral..... media hora
 b) Eclampsia del parto..... horas
 c)
 II

Caso No. 12

- I
 a) Tuberculosis pulmonar... Ignorado
 b)
 c)
 II Retención placentaria hemorrágica..... 2 días

Caso No. 13

- I
 a) Pleuresía purulenta..... Ignorado
 b)
 c)
 II

Caso No. 14

- I
 a) Bronconeumonía..... 1 día
 b) Anastomosis duodeno-yeyunal..... 3 días
 c) Atresia congénita del yeyuno. ...
 II

Apéndice III**LISTA DE PARTICIPANTES**

Dr. Héctor Abad Gómez (Relator III)
 Profesor Jefe
 Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
 Facultad de Medicina
 Universidad de Antioquia
 Medellín, Colombia

Dr. Oscar Caldeira Versiani
 Vice-Director, Facultad de Medicina
 Universidad de Minas Gerais
 Belo Horizonte, Minas Gerais
 Brasil

Dr. Alberto Calvo Sucre (Relator I)
 Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública
 Facultad de Medicina
 Universidad de Panamá

Dr. José Coll (Relator II)
 Profesor de Bioestadística
 Escuela Superior de Sanidad
 Facultad de Ciencias Médicas
 Universidad del Litoral
 Rosario, Argentina

Dr. Lincoln de Freitas Filho
 Director de Cursos
 Departamento Nacional de Salud

Ministerio de Salud
 Rio de Janeiro, D. F., Brasil

Dr. Geraldo García Duarte
 Profesor de Estadística
 Universidad de São Paulo
 Facultad de Medicina de Ribeirão Preto
 Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

Dr. Leopoldo García Maldonado
 Profesor de Higiene y Medicina Social
 Facultad de Medicina
 Universidad Central de Venezuela
 Caracas, Venezuela

Dr. Iwao Moriyama
 Jefe de Análisis de Mortalidad
 Oficina Nacional de Estadísticas Vitales
 Servicio de Salud Pública de Estados Unidos
 Washington 25, D. C.

Dr. Adolfo Morales
 Oficina de Estadística y Departamento de Estadística Vital
 Ministerio de Salud Pública
 Montevideo, Uruguay

Dr. Ruy Pérez Tamayo (Vicepresidente)
 Jefe de la Unidad de Anatomía Patológica de la Universidad Nacional Autónoma de México
 México, D. F., México

Dr. Santiago Renjifo (Presidente)
Instituto de Higiene
Ministerio de Salud Pública
Bogotá, Colombia

Dr. Teodoro Zenteno
Profesor de Estadística
Escuela de Salubridad
Universidad de Chile
Santiago de Chile

Secretariado

Dr. Marie Cakrtova
Sección de Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte
Organización Mundial de la Salud
Ginebra, Suiza

Dr. Darío Curiel
Director del Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Caracas, Venezuela

Dr. W. P. D. Logan
Jefe Estadístico (Médico)
Oficina del Registrador General
Londres, Inglaterra

Sr. Luis F. Maldonado Juárez
Asistente Estadístico del Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades
Caracas, Venezuela

Dr. Ruth R. Puffer
Jefe de Epidemiología y Estadística
Oficina Sanitaria Panamericana
Washington 25, D. C.

Dr. H. Eduardo Sarué
Consultor en Estadísticas Zona II
Oficina Sanitaria Panamericana
México, D. F., México