



Subdirección de Gestión Clínica y de Calidad

Protocolos para el registro de datos sobre el

Fallecimiento de un paciente



Elaborado por
Área de Calidad
Subdirección de Gestión Clínica y Calidad
SESPA





El presente documento es una guía destinada a ayudar a los profesionales a utilizar correctamente el protocolo a cumplimentar en caso de fallecimiento.

Deben considerarse como recomendaciones, no como instrucciones. Desde el equipo de elaboración de este documento abogamos por seguir el mayor número de recomendaciones posibles, pues ello implicará una mejor cumplimentación y registro de las actividades realizadas.

Debe entenderse que los protocolos de OMIap pueden sufrir modificaciones de mayor o menor calado en función de la evolución de la evidencia científica y de las necesidades de los profesionales. Por tanto deberá tenerse en cuenta la posibilidad de que existan actualizaciones que puedan anular el presente documento.



Uno de los problemas recurrentes en los registros de la Historia Clínica Informática es la ausencia de datos referentes al fallecimiento de los pacientes cuando esto se produce.

La costumbre consiste en cerrar el historial de un paciente y pasarlo al histórico cuando se produce el fallecimiento sin codificar el hecho en sí del fallecimiento ni los datos relacionados con el mismo.

Así mismo, la complejidad de los certificados de defunción hace que, en muchas ocasiones, las causas de fallecimiento no se reflejen correctamente impidiendo un adecuado seguimiento de los casos.

Dentro del plan de mejora de OMI se ha creado un protocolo específico para el registro de las causas y datos adicionales relacionados con el fallecimiento del paciente.

Para evitar la “contaminación” de la lista de protocolos y a riesgo de crear un precedente inadecuado, se ha decidido crear un Plan Personal Jerárquico relacionado con el fallecimiento de un paciente y asociado al código CIAP “A96”. De esta forma este protocolo sólo será visible en caso de fallecimiento.

Consta de dos pestañas:

1.- La primera pestaña permite el registro, siguiendo la terminología de los certificados de defunción, de los principales datos relacionados con el fallecimiento

2.- En la segunda pestaña, se explica la terminología empleada

Es intención de este grupo de trabajo, adaptar un informe al certificado oficial de defunción de tal manera que, al cumplimentar este protocolo, pueda ponerse el certificado en la impresora y se impriman los datos principales sin necesidad de duplicar el trabajo.



Datos **Ayuda**

Causa de la defunción

Causa inmediata (1)
(a) debido a

Causas antecedentes (2)
(b) debido a
(c) debido a

Causa inicial o fundamental (3)

Otros procesos (4)

¿Ha habido indicios de muerte violenta? Sí No ¿Se practica autopsia clínica? (5) Sí No

La defunción ha ocurrido como causa directa o indirecta de (6)
 Accidente de tráfico Accidente laboral

Otros datos

Fecha de la defunción Hora Minutos

¿En qué lugar ocurrió la defunción? (7)
Localidad:
Lugar físico (8):
 Otro (especifique)



Datos Ayuda

1.- Causa inmediata

Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. No se trata de indicar las modalidades de muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento

Ejemplo: Hemorragia cerebral debido a:

2.- Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada

Debe seguirse la correlación de causas "debido a"

Ejemplo: Hipertensión arterial debido a:

Pielonefritis crónica debido a:

3.- Causa inicial o fundamental

Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias

Ejemplo: Adenoma prostático

4.- Otros procesos: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo

Ejemplo: Diabetes

5.- Se refiere a autopsia clínica, no la judicial, en cuyo caso es competente sólo el médico forense. A él corresponden también las muertes violentas o con indicios de criminalidad

6.- No se refiere a la causa inmediata. Se refiere a situaciones antiguas que a la larga han influido en la muerte, y que muchas veces el médico puede tener en cuenta. Tiene connotaciones de tipo legal

7.- Se trata de la Localidad en la que se produce la defunción. No necesariamente coincide con la cabecera del Centro de Salud

8.- Se trata del lugar físico (domicilio, hospital, etc...)