

GUÍA PARA EL LLENADO DE LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL

Thumbnail of a 'Certificado de Defunción' form from the Secretaría de Salud. The form includes fields for personal data, cause of death, and registration details. A large, semi-transparent watermark reading 'Distribución gratuita' is overlaid diagonally across the form.

Thumbnail of a 'Certificado de Muerte Fetal' form from the Secretaría de Salud. The form includes fields for personal data, pregnancy details, and cause of death. A large, semi-transparent watermark reading 'Distribución gratuita' is overlaid diagonally across the form.



DIRECCIÓN
GENERAL DE
INFORMACIÓN
EN SALUD

SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD



Directorio Institucional

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez
Subsecretaria de Innovación y Calidad

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. María Eugenia de León May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Lic. Bernardo Emilio Fernández del Castillo Sánchez
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Carlos Olmos Tomasini
Director General de Comunicación Social

Dra. Gabriela Villarreal Levy
Directora General de Información en Salud



SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD

Subsecretaría de Innovación y Calidad

Dirección General de Información en Salud

**Centro Mexicano para la Clasificación
de Enfermedades (CEMECE)**

**GUÍA PARA EL LLENADO
DE LOS CERTIFICADOS DE
DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL**

México, 2007

Guía para el llenado de los Certificados de DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL

Primera edición: 2002

Segunda edición: 2004

Tercera edición 2007

© Secretaría de Salud

Dirección General de Información en Salud

Av. Paseo de la Reforma núm. 450, piso 11

Col. Juárez

06600 México, D. F.

Reservados todos los derechos.

Se autoriza la reproducción parcial o total de la información contenida en esta publicación, siempre y cuando se cite la fuente.

La Secretaría de Salud pone a disposición de los usuarios en Internet en la página electrónica del Sistema Nacional de Información en Salud: **www.sinais.salud.gob.mx**

Impreso en México — *Printed in Mexico*

Sistema Nacional de Salud

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtro. Juan Francisco Molinar
Horcasitas
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Programa IMSS Oportunidades

Lic. Carolina Gómez Vinales
Coordinadora del Programa

Petróleos Mexicanos

Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate
Subdirector de Servicios de Salud

Secretaría de Marina Armada de México

Cap. de Navio SSNM EAH DEM Álvaro
Carmelo García Franyutti
Director General Adjunto Interino de
Sanidad Naval

Secretaría de la Defensa Nacional

C. General de Brigada M.C.
Dr. Efrén Alberto Pichardo Reyes
Director General de Sanidad

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Lic. María Cecilia Landerreche
Gómez Morin
Titular del Organismo

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

Lic. Marcela Eternod Arámburu
Directora General de Estadística

Dirección General de Información en Salud

Dra. Gabriela Villarreal Levy

Directora General

Dirección de Información sobre
Necesidades de Salud

Mtro. Jorge Alberto Pérez Torres

Director de Sistemas de Información de
Servicios de Salud

Mtro. Carlos Lino Sosa Manzano

Director de Información de Recursos para
la Salud

Act. Eulogio Gerardo Polo Nieto

Subdirector de Información sobre
Estudios de Salud

Dr. Luis Manuel Torres Palacios

Subdirector de Clasificaciones de la
Información en Salud

Lic. Blanca Villa Contreras

Subdirectora de Información de
Necesidades de Salud

Lic. María Victoria Castro Borbonio

Subdirectora de Integración y Difusión de
la Información

Mtra. Vanessa Ma. Vázquez Meseguer

Subdirectora de Información Financiera

Dra. Noemí Lam Osnaya

Subdirectora de Información Institucional

Act. Daniel Castro Carrillo

Subdirector de Información Hospitalaria

Subdirección de Información de
Infraestructura Física para la Salud

Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE)

Secretaría de Salud

Dirección General de Información en Salud
Dirección General Adjunta de Epidemiología

Instituto Mexicano del Seguro Social

División Técnica de Información Estadística
en Salud

Programa IMSS Oportunidades

Coordinación de Atención Médica y División
de Planeación y Evaluación

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Subdirección General de Finanzas y Jefatura
de Servicios de Estadística Institucional

Petróleos Mexicanos

Subgerencia de Prevención Médica

Secretaría de la Defensa Nacional

Dirección General de Sanidad Militar

Secretaría de Marina — Armada de México

Dirección General Adjunta de de Sanidad
Naval

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

Dirección de Estadísticas Demográficas y
Sociales

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Índice

Introducción	7
Justificación	8
Objetivo	10
Instrucciones para esta guía	10
Certificado de Defunción	11
Descripción del Certificado de Defunción	14
Datos del fallecido	15
Datos de la defunción	16
Datos de la defunción por causas accidentales y/o violentas	19
Datos del informante	21
Datos del certificante	21
Datos del registro civil	22
Causas de la defunción	23
Instrucciones para registrar las causas de defunción	24
Ejemplos de certificación de las defunciones	27
Recomendaciones generales para el llenado del certificado	31
Ejercicios de certificación de las defunciones	33
Certificado de Muerte Fetal	37
Certificación de las muertes fetales	40
Datos del producto, del embarazo y del suceso	41
Causas de la muerte fetal	41
Datos de la madre	42
Ejemplos de certificación de causas de muerte fetal	42
Respuestas a los ejercicios de las evaluaciones	45

GUÍA PARA EL LLENADO
DE LOS CERTIFICADOS DE
DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL

Introducción

La Ley General de Salud establece que un certificado es la constancia expedida en los términos que establezcan las autoridades sanitarias competentes para la comprobación o información de determinados hechos (Art. 388). Los certificados de defunción y muerte fetal son los dos modelos para certificar las muertes en nuestro país y éstos serán expedidos por profesionales de la medicina o personas autorizadas por la autoridad sanitaria competente (Art. 391), una vez comprobado el fallecimiento y determinadas sus causas, en los modelos aprobados por la Secretaría de Salud y de conformidad con las normas técnicas que la misma emita. Las autoridades judiciales o administrativas sólo admitirán como válidos los certificados que se ajusten a lo dispuesto anteriormente (Art. 392).

La propia Secretaría de Salud suministra los certificados de defunción y muerte fetal a las autoridades, profesionales de la salud y personas autorizadas para expedirlos, a efecto de garantizar su disponibilidad y lograr que toda defunción y muerte fetal sea objeto de certificación.

Por su parte, el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE) tiene entre sus funciones contribuir al mejoramiento de la certificación de las defunciones y de las estadísticas derivadas, por lo que ha realizado un esfuerzo para editar y distribuir la Guía para el llenado del certificado de defunción y del certificado de muerte fetal. En virtud de que a partir del año 2004 dichos formatos han sufrido modificaciones importantes, la guía ha sido actualizada para darla a conocer al personal médico por todos los medios posibles como auxiliar en la certificación correcta de las defunciones.

El certificado de defunción se llena para toda persona que haya fallecido después de haber nacido viva, lo cual puede ocurrir minutos, horas, días, meses o años posteriores al nacimiento.

El certificado de muerte fetal se llena para los productos de la concepción que mueren antes de ser expulsados o extraídos del cuerpo de su madre. La Ley General de Salud define al feto a partir de la decimotercera semana de gestación (Art. 314), por lo que todos aquellos productos expulsados o extraídos con trece o más semanas de gestación deben contar con el certificado respectivo. Esto no contraindica que se expida un certificado en un feto de menos semanas de gestación, puesto que para la incineración o cremación se requiere del certificado de muerte fetal (Art. 350 bis 6).

La mayoría de las recomendaciones para el registro correcto de los datos en ambos certificados son comunes, pero debido a su importancia la guía se centra en el registro del certificado de defunción y al final se hacen las aclaraciones complementarias con relación al certificado de muerte fetal.

Justificación

Más del 95% de los certificados de defunción de nuestro país son expedidos por médicos y, no obstante la mejoría observada en los últimos años, aún existen importantes problemas en la anotación de los datos y sobre todo de las causas de defunción, debido en parte, al desconocimiento de las recomendaciones para la certificación de las causas de muerte publicadas en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, de la OMS.

Asimismo, persiste el subregistro de muertes fetales, defunciones en recién nacidos y muertes maternas.

Los problemas de registro pueden tener repercusiones de los propósitos básicos para los cuales se elaboran los certificados de defunción y de muerte fetal que se señalan a continuación.

Propósitos básicos del Certificado de Defunción:

- a) **Legal:** ninguna inhumación o cremación se hará sin la autorización escrita del Oficial del Registro Civil, quien se asegurará suficientemente del fallecimiento por medio del Certificado de defunción. Esta declaración consignada en los códigos civiles de las entidades federativas tiene por objeto tener plena certeza de la muerte. El certificado debe elaborarse después de verificar que ha ocurrido la muerte, se ha examinado el cadáver y se ha recogido la información disponible respecto de las causas o circunstancias que la provocaron. Los datos deben ser anotados con apego a la verdad, sin errores y sin omitir alguno, a menos que se ignore.

Es obligación del Registro Civil exigir el Certificado de defunción cuando se solicite la inscripción de una persona fallecida. Ninguna persona o funcionario del Registro Civil tiene jerarquía técnica o legal para exigir al médico certificador que cambie las causas de muerte

que ha decidido anotar. Sólo en el caso de las muertes accidentales o cuando se sospeche la comisión de un delito, serán las autoridades judiciales las que resuelvan lo necesario, incluso el levantamiento del certificado.

El certificado sirve para dar fe del hecho, inscribir la defunción en el Registro Civil y levantar el acta respectiva. Con el acta de defunción la familia realiza los trámites que tienen que ver con la muerte del individuo (obtención del permiso de inhumación o de cremación del cadáver, que de acuerdo al Art. 348 de la Ley General de Salud debe realizarse dentro de las primeras 48 horas, salvo otras indicaciones de la autoridad sanitaria, Ministerio Público o autoridad judicial, cobro de seguros de vida, pensiones, trámite de herencias, etc.). **De ahí la importancia de que los datos asentados en el certificado y posteriormente en el acta se apeguen a la realidad y no contengan errores u omisiones.**

- b) Epidemiológico:** permite tener conocimiento de los daños a la salud de la población, fundamenta la vigilancia del comportamiento de las enfermedades (su tendencia y distribución en el tiempo y en el espacio), orienta los programas preventivos y apoya la evaluación y planeación de los servicios de salud.

Debido a que se trata de un evento único, la mortalidad cobra gran relevancia sobre todo cuando es posible conocer con mayor detalle las causas que desencadenaron el proceso que llevó a la muerte y los factores personales y ambientales que contribuyeron. Ello facilita el establecimiento de medidas para prevenir la mortalidad prematura en la población o limitar la aparición de complicaciones.

- c) Estadístico:** constituye la fuente primaria para la elaboración de las estadísticas de mortalidad, las cuales, además de las causas, recogen otras variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el lugar de residencia y ocurrencia de las defunciones que tienen gran importancia en el análisis de la mortalidad.

Objetivo

Al término del estudio de la guía, el certificante estará en condiciones de expedir los certificados de defunción y de muerte fetal, de acuerdo con las instrucciones señaladas y las disposiciones legales vigentes en México.

Instrucciones

Las instrucciones de esta guía aplican para los certificados de defunción y de muerte fetal, pero como fue señalado previamente, el énfasis será puesto en el Certificado de defunción.

Para el uso de esta guía:

- a) Lea cuidadosamente el texto de cada apartado y las instrucciones de cada ejercicio.
- b) Escriba primero su respuesta y después compárela con las soluciones que aparecen al final de esta guía.
- c) Cuando sus respuestas no coincidan con las soluciones presentadas, vuelva a leer la información previa a la pregunta contestada.
- d) Consulte los modelos de certificados de defunción adjuntos y su instructivo.



Certificado de Defunción

FORMATO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (FRENTE)



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2008

FOLIO

080000001

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____		
	2. SEXO Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Desconocido <input type="radio"/> 9	3. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Especificar _____	4. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____ Desconocida <input type="radio"/> (consulte el instructivo de llenado)
	5. EDAD CUMPLIDA Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Día _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____		
	6. CURP DEL FALLECIDO(A) _____		
	7. ESTADO CIVIL Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	8. RESIDENCIA HABITUAL Antes del domicilio permanente donde vivía el fallecido(a): 8.1 Calle y número _____ 8.2 Localidad o Colonia _____ 8.3 Municipio o Delegación _____ 8.4 Entidad Federativa _____		
	9. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	10. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 6 No aplica <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	11. INSTITUCIÓN DE DEPENDENCIA Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	DE LA DEFUNCIÓN	12. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Marque con una "X" el lugar donde ocurrió la defunción. Si está sujeta en lugar diferente a los descritos en los ejemplares, seleccione la opción Otro lugar (72). 13.1 Nombre de la unidad médica _____ 13.2 Localidad o Colonia _____ 13.3 Municipio o Delegación _____ 13.4 Entidad Federativa _____			
14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Calle y número _____ 14.2 Localidad o Colonia _____ 14.3 Municipio o Delegación _____ 14.4 Entidad Federativa _____			
15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____			
16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite palabras imprecisas de muerte -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.-) Causa, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionados en último lugar la causa básica a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo e) _____ f) _____			
19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Especifique la causa básica de la muerte El enterramiento <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			
20. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENCIA		21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Lugar donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Institución residencial <input type="radio"/> 2 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 3 Área deportiva <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 6 Área industrial (calle, fábrica u obra) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 Violencia familiar: (Si presentó agresión es familiar del fallecido/a) Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3 23.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión: _____ 23.6 Sólo en caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: _____ 23.7 1 Calle y Localidad o Colonia _____ 23.7 2 Municipio o Delegación _____ 23.7 3 Entidad Federativa _____		
	24. DATOS DEL INFORMANTE 24.1 Nombre _____ 24.2 Parentesco con el fallecido(a) _____		
	25. ¿CERTIFICADA POR: Médico <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6		
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		
	27. DATOS DEL CERTIFICANTE 27.1 Nombre y Firma _____ 27.2 Domicilio y Teléfono _____		
	28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		
	29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 29.1 Acta Núm. _____		
	30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad _____ 30.2 Municipio _____ 30.3 Entidad _____ 30.4 Día _____ Mes _____ Año _____		

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

ATENCIÓN: SE LE RECUERDA AL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL QUE DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN-INSTRUCTIVO

(REVERSO)

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Este certificado debe llenarse en original y dos copias y entregarse a los familiares con la instrucción de llevarlos ante el Registro Civil para obtener el acta de defunción.
- Utilice letra de molde clara y legible. No use abreviaturas.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.
- El certificado de defunción debe ser expedido por médico, de preferencia el tratante luego de verificar o constatar la muerte de la persona. En los lugares donde no haya médico, con los requisitos señalados, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud o por las autoridades civiles locales de donde ocurrió la defunción.
- Para el llenado de este certificado auxilíase con la información proporcionada por algún pariente o conocido del fallecido(a). En los hospitales, de la historia clínica del paciente.
- Para las preguntas de opción, marque con una X la que corresponda con la respuesta correcta (una sola opción por pregunta).
- Para las respuestas en las que se deben anotar números (fecha, hora, etc.), use números arábigos. (1,2,3.....9).

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DEL FALLECIDO(A).** En el caso de que el fallecido(a) sea un recién nacido anote, al menos, el apellido paterno y el apellido materno.
- EDAD CUMPLIDA.** Especifique la edad del fallecido(a) según corresponda. Para menores de un día, anote la edad en horas. Para menores de un mes, anote la edad en días. Para menores de un año, anote la edad en meses. Si el fallecido(a) tenía un año de edad o más, cubra los tres espacios destinados, utilice ceros a la izquierda para los casos donde la edad del fallecido(a) no cubra todos los espacios. Ejemplos: fallecido(a) de 102 años: 1 0 2 AÑOS; fallecido(a) de 63 años: 0 6 3 AÑOS; fallecido(a) de 5 años: 0 5 AÑOS; fallecido(a) de 22 horas: 2 2 2 HORAS; fallecido(a) de 28 días: 2 8 DÍAS; fallecido(a) de 7 meses: 0 7 7 MESES; Marque con X la opción "Desconocida", después de agotar todos los recursos para determinar la edad del fallecido(a). En el caso de que la edad cumplida sea desconocida, pero sí se conoce que vivió HORAS, DÍAS, MESES: llene con 99; en caso de AÑOS con 999 la categoría de edad que corresponda.
- Peso.** Para el caso de los menores de un día especifique el peso en gramos.
- CURP DEL FALLECIDO(A).** Esta información es de vital importancia para las posteriores gestiones de registro de la información. Solicítele a los deudos y cuide su correcto llenado.
- ESTADO CIVIL.** Es la situación en que se encontraba la persona de 12 años o más al momento de fallecer. Se incluyen tanto las situaciones de derecho como de hecho. Si se trata de menores de 12 años, marcar la opción soltero(a).
- RESIDENCIA HABITUAL.** Escriba el lugar donde de manera permanente el fallecido(a) residió durante los últimos seis meses, exceptuando los períodos largos de hospitalización. En el rubro LOCALIDAD señale el nombre de esta y la categoría política que tiene; ejemplo: Rancho la Luz, Barrio San Pedro, etc. Si la RESIDENCIA HABITUAL corresponde a un país diferente a México, anote en entidad federativa el nombre de éste.
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote el oficio o trabajo que realizaba el fallecido(a). Si no trabajaba, mencione a qué se dedicaba, por ejemplo: rentista, jubilado, estudiante o ama de casa.
- ESCOLARIDAD.** Marque con una X una sola respuesta, según sea el nivel máximo de estudios aprobados por el fallecido(a).
- INSTITUCIÓN DE DERECHO HABIENTE.** Considérese "derechohabiente" si la persona tenía derecho a recibir prestaciones en dinero y/o en especie de una institución de seguridad social.
- NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN.** Anote el número de afiliación en caso de que el fallecido(a) sea beneficiario de alguna institución de seguridad social. Auxilíase para ello del expediente clínico o documento oficial de afiliación que presente el informante. Verifique que el número guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 11.
- Nombre de la unidad médica.** En caso de que la defunción haya ocurrido en una unidad médica pública o privada, anote el nombre.
- FECHA.** Anote con números arábigos el año (los cuatro dígitos), el mes, el día y la hora de ocurrencia.
- Hora de la defunción.** Para anotar la hora, use la escala de 01 a 24. Escriba también los minutos.

Ejemplo: Si ocurrió a las cinco y media de la tarde, anote:

1 7 : 3 0
Hora Minuto

- SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Marque con X la opción "SI" cuando haya sido efectuada la autopsia (necropsia). Esta pregunta es para todas las muertes, tanto por accidente o violencia como por causas naturales.
- CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte. Deje en blanco los espacios reservados para los códigos de la CIE-10.

PARTE I: Anote en el inciso a) la enfermedad o estado patológico que produjo directamente la muerte; si la causa mencionada en dicho inciso se debió a una causa antecedente, asiente ésta en el inciso b), si ésta a su vez fue originada por una tercera, anótelas en el inciso c); si ésta a su vez fue originada por una cuarta, informe esta última en el inciso d).

No es estrictamente necesario llenar los renglones b), c) y d) siempre y cuando la causa informada en el inciso a) describa por completo la defunción; es decir, que por sí misma sea la causa de la muerte, sin necesidad de causas previas.

PARTE II: En esta parte anote alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la Parte I a), b), c) o d).

Ejemplo:	I	a) Peritonitis	2 días
		b) Perforación de duodeno	4 días
		c) Úlcera duodenal	3 años
	II	Hipertensión arterial	5 años

- CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN.** No anote nada en este espacio.
- SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL (de 10 a 54 años).** No omita responder a las preguntas respecto al embarazo. Si se contesta afirmativamente alguna de las opciones de esta pregunta (1 a la 4), contestar las preguntas 21 y 22.
- Se refieren a las causas anotadas en la pregunta 18. Se subraya la diferencia entre cada pregunta. La pregunta 21 hace referencia a que las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo parto o puerperio, mientras que la pregunta 22 corrobora que las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio.
- SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Dé aviso a la autoridad civil ya que el médico legista levantará el certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con la información disponible.
- Lugar donde ocurrió la lesión.** Especifique la opción correspondiente dado que ésta puede ser diferente a la del sitio donde ocurrió la defunción.
- Violencia familiar.** Si la muerte fue por homicidio, marque con una X la opción correspondiente si el presunto agresor es un miembro de la familia, con el que mantiene (o ha mantenido) una relación de convivencia o parentesco.
- Anote de manera precisa las circunstancias que originaron la lesión que causó la muerte. Ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida, sofocación por bolsa de plástico al estar jugando con sus amigos en la escuela, etc. Para el caso de violencia familiar describa el parentesco del presunto responsable con el fallecido(a) (padre, madrastra, concubina, esposo...).
- Sólo en caso de accidente de vehículo de motor.** Anote la calle o avenida, entre que calles, nombre de la colonia, número de kilómetro, nombre de la carretera o camino, del municipio o delegación y de la entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Datos del certificador.** El certificador no debe omitir ningún dato que lo identifique. La firma de la persona que certifica es de carácter obligatorio.

Descripción del Certificado de Defunción

El Certificado de defunción se presenta en original (para la Secretaría de Salud) y dos copias (para el INEGI y el Registro Civil) y consta de las siguientes partes:

- Datos del fallecido
- Datos de la defunción
- Datos de las muertes accidentales y violentas
- Datos del informante
- Datos del certificante
- Datos del Registro Civil

Al reverso del formato se presenta el instructivo que debe ser leído antes de llenar el certificado.

Todas y cada una de las partes del certificado deben ser llenadas con el mismo cuidado. Debe llenarse con bolígrafo y letra de molde legible o a máquina de escribir, y evitar borrones, talladuras o enmendaduras; no requiere de papel carbón debido a que están impresos en papel autocopiante. En ciertas variables el certificante únicamente marcará con una (X) en los círculos las respuestas que aparecen precodificadas, mientras que en otras tendrá que escribir la información que se solicita; si la respuesta es en números, éstos deben ser arábigos.

El médico, como principal certificante de la defunción (o la persona autorizada legalmente) debe asentar todos los datos, excepto los que corresponden al Registro Civil, y al firmarlo será el único responsable de su contenido. Es importante también explicar a los familiares del fallecido que tanto el original del certificado como sus copias deben entregarse al Registro Civil para obtener el acta de defunción, destacando la importancia de cumplir con estos procedimientos.

Si la defunción fue por causas naturales el médico no debe dudar al asentar las enfermedades que a su mejor juicio clínico condujeron a la muerte del paciente. Si sospecha que ocurrió por accidente, homicidio o suicidio deberá dar aviso a las autoridades judiciales, ya que en estos casos es el médico legista o alguna otra autoridad designada quien deberá certificar la defunción.

En RESIDENCIA HABITUAL (8) debe anotarse la calle, número, colonia, municipio o delegación y entidad donde la persona tenía su domicilio permanente, lo cual tiene importancia para el estudio de ciertos riesgos y daños a la salud que tienen alguna predilección geográfica. En la variable OCUPACIÓN HABITUAL (9) se debe anotar el tipo de actividad que mejor describa el trabajo que realizaba cotidianamente la persona involucrada.

Tanto la ESCOLARIDAD (10), como la INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENTIA (11) se llenan con X en los círculos respectivos; en esta última es posible marcar más de uno. Se deberá anotar el NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN (12) cuando así corresponda y si fuera derechohabiente de más de una se dará preferencia al número de afiliación de la institución en la que recibió la atención durante la última enfermedad.

Es importante que el dato del número de seguridad social se tome de un documento oficial como puede ser la credencial de asegurado o beneficiario, el carnet de citas o el expediente clínico. Ante la falta de un documento comprobatorio, marque la opción se ignora.

Debe verificarse que los datos sean congruentes entre sí, por ejemplo entre la edad y las fechas de nacimiento y defunción, si fuera derechohabiente de la seguridad social se debe anotar el número de afiliación, etcétera y que los nombres y direcciones se registren completos.

8. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)	
8.1 Calle y número _____	
8.2 Localidad o Colonia _____	
8.3 Municipio o Delegación _____	
8.4 Entidad Federativa _____	
9. OCUPACIÓN HABITUAL _____	10. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 2 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 4 Primaria completa <input type="radio"/> 5 Profesional <input type="radio"/> 6 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 7 No aplica <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9
11. INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENTIA Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
12. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

(Variables 13 a 22)

Estos datos también resultan de suma importancia para fines estadísticos y epidemiológicos ya que comprenden: LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN (13) en donde debe especificarse, si ocurrió en unidad médica, la institución a donde pertenece y el NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA (13.1) cuando el fallecido tuvo acceso a los servicios médicos antes de morir; o bien lo conducente cuando haya sucedido en la vía pública, el hogar u otro sitio. Debe anotarse también el DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (14), la FECHA DE LA DEFUNCIÓN (15), y la HORA DE LA DEFUNCIÓN en formato de hora y minutos (15.1) considerada de 00:00 a 23:59.

Cuando el fallecido tuvo acceso a la atención antes de morir por algún médico o institución durante la enfermedad o sus complicaciones, debe marcarse afirmativamente el círculo respectivo en ¿TUVO ATENCIÓN

MEDICA ANTES DE LA MUERTE? (16); para el caso contrario o ignorado existen las opciones necesarias.

Una diferencia importante respecto a los certificados de años anteriores es acerca de la información sobre si ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? (17), la cual se aplica ahora a todas las defunciones y no sólo a las ocurridas por accidentes o violencias. Es importante tomarla en consideración para su registro puesto que contribuye al mejoramiento de la calidad de la información sobre las causas de muerte. Si los resultados de la necropsia no estuvieran disponibles al levantar el certificado y la información posterior modifica las causas de la defunción originalmente asentadas, es necesario que ésta se envíe por escrito a la Jurisdicción Sanitaria que integra la información, para efectuar los cambios en la codificación y la estadística.

13. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Marque con una "X" el lugar dónde ocurrió la defunción. Si ésta sucedió en lugar diferente a los descritos en las opciones, seleccione la opción Otro lugar (12). Anote en la pregunta 14 el domicilio.		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad Médica privada <input type="radio"/> 9		13.1 Nombre de la unidad médica _____		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN					
14.1 Calle y número _____					
14.2 Localidad o Colonia _____					
14.3 Municipio o Delegación _____			14.4 Entidad Federativa _____		
15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		15.1 HORA DE LA DEFUNCIÓN Hora _____ Minutos _____		16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					

En la sección de DATOS DE LA DEFUNCIÓN también se anotan las CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (18), incluyendo la duración estimada de las diferentes causas respecto a la fecha del deceso, según el modelo internacional del certificado recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este modelo permite la selección de la causa básica de la defunción, a través de los procedimientos normados por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10).

La causa básica se elige para la generación de estadísticas de mortalidad por causa única y permite la comparación entre los distintos países. Aunque cada vez resulta más necesario analizar las diferentes causas que intervienen en la defunción, por lo que el mismo cuidado debe tenerse en el registro de cada una de ellas.

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE-10
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			
a)	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			
b)	Debido a (o como consecuencia de)		
c)	Debido a (o como consecuencia de)		
d)	Debido a (o como consecuencia de)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo			

Existen espacios para la anotación de los códigos de cada causa y para la **CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (19)** que son para uso exclusivo del codificador por lo que no deben efectuarse anotaciones en estos apartados por parte del certificante.

Debido a una recomendación de la OMS y por la importancia que representan las muertes maternas, se incluyeron las siguientes preguntas:

SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE (20), donde se debe indicar, si fuera el caso que la muerte ocurrió durante el embarazo, parto o puerperio, o bien si la defunción ocurrió entre los 43 días y los once meses después del parto o aborto.

En caso afirmativo, es necesario responder si las causas anotadas en la variable 18 FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO (21), es decir, propias de alguna etapa de la gestación tales como hemorragia (postparto) choque hipovolémico, infección o sepsis (puerperal), eclampsia, estrechez pélvica, etcétera, lo que permite identificar las muertes maternas directas.

También puede ser que esas causas COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO (22) tal como ocurre con las enfermedades generales (endocrinas, tumorales, hematológicas, infecciosas, etc.), que preexistieron o coexistieron y que afectaron la evolución del embarazo, parto o puerperio, lo que permite identificar las muertes maternas indirectas.

Estas preguntas fueron incluidas ya que con cierta frecuencia el médico no especifica claramente en las causas de muerte la relación con el embarazo, parto o puerperio y algunas muertes maternas pueden no codificarse

como tales a causa de la falta de información. Por ello es importante que el médico aporte estos datos que permiten mejorar la codificación y con ello el establecimiento de medidas para su prevención y control.

19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Espacio para código CIE-10 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
---	--	--	---

DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS ACCIDENTALES Y/O VIOLENTAS

(Variable 23)

Este apartado recoge información sobre defunciones por traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas. En estos casos el certificado, y esta parte en especial, deben ser llenados por el médico legista u otra persona autorizada por el Ministerio Público. La información solicitada permite clasificar la intencionalidad y características de la causa externa que tienen especial relevancia para efectos de prevención.

En la variable “Fue un presunto” (23.1), se debe marcar con “X” la opción correspondiente según se haya tratado de un accidente, homicidio o suicidio.

En “¿Ocurrió durante el desempeño de su trabajo?” (23.2), debe marcar con “X” la opción correspondiente.

Respecto al “Lugar donde ocurrió la lesión” (23.3), se debe marcar con “X” la opción correspondiente que identifique el sitio donde aconteció el evento accidental o violento.

En el recuadro de “Violencia familiar” (23.4), se debe marcar con “X” la opción correspondiente, cuando se dispone de información si el presunto agresor es familiar del fallecido.

Se debe incluir el número del acta del Ministerio Público (23.5) con el cual se registra la defunción.

En el recuadro: “Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión” (23.6), se dispone de un espacio para anotar cómo ocurrieron los hechos, lo que es de gran importancia para la codificación de la causa externa que provocó las lesiones que llevaron a la muerte (qué ocurrió, cómo, con qué, dónde).

Si se trata de un accidente de tránsito es necesario especificar el papel de la víctima, el modo de transporte y el tipo de los vehículos involucrados; si se trata de un peatón atropellado debe describirse cómo ocurrió y especificar el tipo de vehículo; en caso de volcaduras o colisiones precisar si el lesionado era el conductor o pasajero y anotar también el tipo de vehículos involucrados. En el caso de otros accidentes como las caídas se debe especificar de dónde y cómo ocurrió.

En cuanto a homicidios y suicidios es necesario describir cómo sucedió y qué objeto se usó para la agresión (tipo de arma, instrumento o sustancia, etc.).

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Lugar donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Institución residencial <input type="radio"/> 1 Áreas deportivas <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 Violencia familiar ¿El presunto agresor es familiar del fallecido(a)? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____ _____ _____					
23.7.1 Calle y Localidad o Colonia: _____							
23.7.2 Municipio o Delegación: _____				23.7.3 Entidad Federativa: _____			

En el recuadro “En caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión” (23.7), debe registrar los datos de la calle, localidad o colonia (23.7.1), el Municipio o Delegación (23.7.2) y la Entidad Federativa (23.7.3). Cuando el percance ocurrió en una carretera, señale cuando sea posible el nombre oficial de ésta y el kilómetro donde ocurrió, no omita registrar el municipio y entidad federativa, por ejemplo: 23.7.1: Km. 8 de la autopista México-Puebla, 23.7.2: Municipio de Los Reyes, La Paz, 23.7.3: Estado de México.

El médico legista o persona autorizada por el Ministerio Público debe anotar los hechos que le consten con la información disponible en el momento de levantar el Certificado de defunción y sobre todo de la calificación del presunto (accidente, homicidio, suicidio o se ignora) sin el temor de que una averiguación posterior indique lo contrario. En caso de que el resultado de estudios posteriores y de la investigación judicial aporte resultados definitivos sobre la intencionalidad y las causas, diferentes a los del certificado, deberá efectuarse la notificación a la Jurisdicción Sanitaria y al INEGI, para ser tomada en cuenta en la codificación de las causas de muerte.

DATOS DEL INFORMANTE

(Variable 24)

Permiten la identificación del familiar o persona que proporcionó los datos del fallecido para la elaboración del certificado de defunción, en cuanto a su Nombre (24.1) y Parentesco (24.2).

DATOS DEL CERTIFICANTE

(Variables 25 a 28)

La variable CERTIFICADA POR (25) permite identificar que persona está efectuando la certificación de la defunción. Es muy importante conocer qué médico certificó la defunción (si fue el que atendió al fallecido durante su última enfermedad, lo cual permite suponer que las causas asentadas están más apegadas a la realidad, que cuando se trata de “Otro médico” que no tenía pleno conocimiento del caso), o bien si se trata de un médico legista, así como el número de su cédula profesional. Si el certificante no fue médico, es necesario saber quién está certificando las defunciones a falta de éste en la localidad.

24. DATOS DEL INFORMANTE	24.2 Parentesco con el fallecido(a)
24.1 Nombre	

En el recuadro DATOS DEL CERTIFICANTE (27), se debe registrar el nombre y firma (27.1) de la persona que expidió el certificado de defunción, su domicilio y teléfono, sea médico o no, para cualquier aclaración legal, estadística o epidemiológica sobre las causas de defunción o cualquier otra variable. Los certificantes deben responder por escrito a las solicitudes de aclaración de parte de las autoridades sanitarias cuyo objeto es captar los datos correctos y codificar adecuadamente las causas de la muerte para la tabulación estadística. A menudo la investigación permite complementar los datos o corregir errores de la certificación.

Finalmente, se debe anotar la FECHA DE LA CERTIFICACIÓN (28).

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____						
27. DATOS DEL CERTIFICANTE 27.1 Nombre y Firma _____	27.2 Domicilio y Teléfono _____	28. FECHA DE CERTIFICACIÓN <table border="1"> <tr> <td>____</td> <td>____</td> <td>____</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>	____	____	____	Día	Mes	Año
____	____	____						
Día	Mes	Año						

DATOS DEL REGISTRO CIVIL

(Variables 29 y 30)

Comprende datos de la Oficialía o Juzgado Civil donde se inscribió la defunción, el número del libro, el número de Acta (29.1), así como LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO (30), indicando: Localidad (30.1), Municipio (30.2), Entidad (30.3) y Día, Mes y Año del registro (30.4). Estos datos son usados para verificar la cobertura del registro de las defunciones.

29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 29.1 Acta Núm. _____	30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad _____ _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 30.2 Municipio 30.3 Entidad 30.4 Día Mes Año </div>
--	--

EVALUACIÓN 1

Anote a continuación los tres propósitos básicos del certificado de defunción y los nombres de las partes que lo integran.

Propósitos:

Partes del certificado:

Causas de la defunción

El problema fundamental al llenar esta parte del certificado es que en general el médico desconoce cuál es el objetivo de la información que se pide y el orden en que deben anotarse las causas de muerte en los renglones correspondientes.

El cuadro que se muestra adelante corresponde al modelo internacional para el registro de las causas en el certificado de defunción, propuesto por la OMS y aceptado por los países miembros.

El objetivo es captar información uniforme en todos los países, para seleccionar, a partir de ella, **la causa básica de la muerte**, con la finalidad de realizar las investigaciones epidemiológicas pertinentes, generar estadísticas de mortalidad comparables internacionalmente y establecer mecanismos para la prevención y control de los daños y riesgos para la salud.

La causa básica de la defunción se define como: “(a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o (b) las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal”. Ver CIE -10, Vol. 2, pág. 30.

En ocasiones no es fácil que el médico certificante llegue a la verdadera causa de la muerte, sobre todo cuando no cuenta con recursos suficientes para el diagnóstico; pero debe esforzarse para determinarla y anotarla correctamente en el certificado, con lo que contribuirá a la prevención de muertes que son evitables y a mejorar el conocimiento de su comportamiento en nuestro país.

EVALUACIÓN 2

Mencione a continuación qué entiende por causa básica de defunción:

¿Cuál es el objetivo del modelo internacional de certificado médico de defunción?

Instrucciones para registrar las causas de defunción

MODELO INTERNACIONAL DE LAS CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		(Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			
a)	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			
b)	Debido a (o como consecuencia de)		
c)	Debido a (o como consecuencia de)		
d)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			

El modelo internacional para el registro de las causas en el certificado de defunción consta de dos partes I y II:

En la parte I se anotan las enfermedades relacionadas con la cadena de acontecimientos que llevaron a la muerte; tiene cuatro renglones: a), b), c) y d) donde debe anotarse **una sola causa** en cada una de ellas, tan informativa y específica como sea posible **y sin abreviaturas**.

No es estrictamente necesario llenar todos los renglones de la parte I. Si la causa que se anota en el renglón a) describe por completo la defunción **y no se debió a ninguna otra causa, antecedente o estado morbo**, los

renglones b), c) y d) se dejan en blanco, aunque es muy recomendable aportar mayor información en el certificado.

Renglón a) aquí se asienta la causa o estado patológico que produjo directamente la muerte, es decir, la última que el médico identificó en el fallecido y que tuvo menos tiempo de duración.

Renglón b) Se utiliza cuando el médico considere que la causa informada en a) se debió o fue originada por una causa previa, que tiene igual o mayor tiempo de evolución que la anotada en el renglón a).

Renglón c) Se llenará este renglón si el médico considera que existe otra causa que dio origen a la anotada en el renglón b) y que tiene igual o mayor tiempo de evolución que la anotada en el renglón b)

Renglón d) Se llenará cuando el médico considere que en la defunción estuvieron involucradas cuatro causas, y que la informada en c) fue originada por la que se anotó en d). Esta última tendrá igual o mayor tiempo de duración que la anotada en c).

Cuando dos o más causas hayan contribuido a la muerte, éstas deberán anotarse en una secuencia lógica que se inicia en el último renglón de la parte I, que bien puede ser b), c), o d), pero que invariablemente termina en la línea I a). De otra forma la información vertida en el certificado puede resultar en la selección equivocada de otra causa básica.

La columna intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte confirma la secuencia patogénica; lógicamente la causa que aparezca en a) tendrá igual o menos tiempo que la anotada en b) y así sucesivamente hasta el inciso d).

Esta información es muy valiosa para la selección de la causa básica de la defunción y por ningún motivo debe omitirse en el certificado.

La parte II está destinada para registrar otra u otras causas que en opinión del médico **podieron contribuir a la muerte**, por ejemplo debilitando al paciente o de otra forma, **pero que no estuvieron relacionadas directamente con las causas anotadas en la parte I.**

Variables 20 a 22

<p>20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3</p> <p>43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p>	<p>21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p>	<p>22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p>
--	--	---

En nuestro país el Certificado de defunción contiene las variables 20, 21 y 22 para dar información adicional que debe ser registrada por el certificante si el fallecimiento corresponde a una mujer en edad fértil (10 a 54 años).

Independientemente de las causas del fallecimiento, se debe cruzar el círculo respectivo en la variable 20 en aquellos casos en que la muerte tuvo lugar durante el embarazo, parto o puerperio, o que éste haya ocurrido entre los 43 días y los once meses antes de morir, independientemente de las causas no estuvo embarazada durante los once meses previos a la muerte.

En la variable 21 se cruza el círculo 1 (Si) cuando las causas anotadas en las partes I o II del certificado fueron **complicaciones propias** del embarazo, parto o puerperio, y en la variable 22 cuando las causas anotadas complicaron la evolución del embarazo, parto o puerperio. Se entiende que en este último caso se trata de enfermedades diferentes a las complicaciones propias u obstétricas, es decir enfermedades generales, infecciosas, tumorales etc. De no existir relación se cruzará el círculo 2. **Las respuestas en estas dos variables son excluyentes. Si no existe el antecedente de embarazo las variables 21 y 22 se dejan en blanco.**

Variable 23

Esta variable contiene varios incisos que se llenan cuando se trata de una muerte por un accidente u otra violencia. La información debe llenarla el médico legista u otra persona autorizada por el Ministerio Público, para lo cual es necesario apegarse a los hechos y describir con el mayor detalle posible las circunstancias en que se produjo la lesión. En caso de accidentes de vehículo de motor, se debe anotar el domicilio o lugar exacto donde ocurrió la lesión en la variable 23.7, información que adquiere relevancia para propósitos preventivos.

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Lugar donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Institución residencial <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Áreas deportivas <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 Violencia familiar ¿El presunto agresor es familiar del fallecido(a)? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____ _____ _____					
23.7. Sólo en caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y Localidad o Colonia _____							
23.7.2 Municipio o Delegación _____				23.7.3 Entidad Federativa _____			

EVALUACIÓN 3

En el siguiente ejemplo de llenado correcto de las causas en el Certificado de defunción indique cuál es la causa directa de la muerte y cuál es la que inició la cadena de acontecimientos que llevaron a la muerte:

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a) Hemorragia cerebral Debido a (o como consecuencia de)	1 día
	b) Hemorragia arterial Debido a (o como consecuencia de)	8 meses
	c) Insuficiencia renal crónica Debido a (o como consecuencia de)	1 año
	d) Pielonefritis crónica Debido a (o como consecuencia de)	8 años
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
	Cáncer de mama	1 año

Causa directa o última	
Causa que inició la cadena de acontecimientos que llevaron a la muerte	

Ejemplos de certificación de las defunciones

El Certificado de defunción no es una historia clínica, por lo que el médico debe anotar las causas que a su juicio llevaron a la muerte, sin incluir aquellas que no tienen relación o que no hayan contribuido a la muerte. No obstante debe ser específico en la anotación de sus diagnósticos si dispone de información. Los siguientes ejemplos ayudarán a entender mejor el concepto de la causa básica de defunción y a llenar correctamente los renglones de la parte I y de la parte II de las causas de defunción.

A. Masculino de 51 años, sin antecedentes patológicos hasta entonces, que falleció después de presentar dolor precordial intenso y opresivo durante 20 minutos. El electrocardiograma en la sala de urgencias reportó infarto transmural agudo del miocardio de pared inferior.

Registro correcto de las causas

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Infarto transmural agudo del miocardio de pared inferior	20 min.
a) Debido a (o como consecuencia de)		
b) Debido a (o como consecuencia de)		
c) Debido a (o como consecuencia de)		
Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	d) Debido a (o como consecuencia de)	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo		

En este caso una sola causa fue suficiente para explicar la cadena de acontecimientos que llevaron a la muerte.

B. Mujer de 33 años con embarazo de 36 semanas que presentó hipertensión arterial elevada 160/115, edema y proteinuria elevada una semana antes de su muerte. El último día presentó convulsiones (eclampsia) y hemorragia cerebral 12 horas antes de morir.

Registro correcto de las causas

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Hemorragia cerebral	12 horas
a) Debido a (o como consecuencia de)		
Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Eclampsia	1 día
	c) Preeclampsia	
	d) Debido a (o como consecuencia de)	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo		

Como la mujer estaba embarazada al ocurrir la defunción, se deben llenar las variables 20 a 22 como a continuación se señala.

20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE El embarazo <input checked="" type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
---	---	---

C. Persona del sexo masculino de 40 años de edad. Murió el 23 de enero de 2003, padecía de síndrome nefrótico desde 1997. El 21 de enero de 2003 resbaló y sufrió una caída accidental en su mismo nivel al estar haciendo ejercicio y se golpeó en la cabeza contra el borde de la alberca de su propio domicilio, en la calle Rosales No. 21, Col. Jardín, Pue., Pue. Esta caída le provocó una fractura de cráneo. Un día después entró en estado de coma seguido de paro cardiorrespiratorio.

Registro correcto de las causas

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Estado de coma	1 día
Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a) Debido a (o como consecuencia de)	
	Fractura de cráneo	2 días
	b) Debido a (o como consecuencia de)	
c) Golpe en la cabeza contra borde de la alberca -		
d) - al sufrir caída en su mismo nivel	2 días	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	Síndrome nefrótico	6 años

Como la defunción se debió a un accidente el certificado debe ser llenado por el médico legista o persona autorizada por el ministerio público. La variable 23 se llena como a continuación se indica.

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input checked="" type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Lugar donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input checked="" type="radio"/> 0 Institución residencial <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Áreas deportivas <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 Violencia familiar ¿El presunto agresor es familiar del fallecido(a)? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número 11,801		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión Al estar haciendo ejercicio, resbaló y se golpeó la cabeza en el borde de la alberca de su domicilio				
23.7. Sólo en caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y Localidad o Colonia _____ 23.7.2 Municipio o Delegación _____ 23.7.3 Entidad Federativa _____						

La causa básica es el accidente que sufrió el individuo en su domicilio al resbalarse, caer y golpearse la cabeza contra el borde de la alberca. Al elaborar las estadísticas de mortalidad, con el fin de prevenir las causas accidentales o violentas, se toma el agente externo que originó la lesión (la caída accidental en la alberca) que provocó la fractura y en forma adicional se asigna el código de la naturaleza de la lesión, que en este caso es la fractura de cráneo. Los programas de prevención se diseñarán para limitar los accidentes y otras causas externas como las agresiones y suicidios.

D. Persona del sexo masculino de 66 años de edad. Murió el 20 de diciembre de 2002. Padece de diabetes mellitus no insulino dependiente desde hacía 15 años. Fue intervenido quirúrgicamente en 1996 para extirpación de vesícula biliar por coledocitis; seis meses antes de su muerte desarrolló glomeruloesclerosis diabética y 5 días previos presentó insuficiencia renal aguda, seguida de coma hiperglicémico de 3 días de duración, que produjo un paro respiratorio y la muerte.

Registro correcto de las causas

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		(Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a)	Coma hiperglicémico	3 días
		Debido a (o como consecuencia de)	
	b)	Insuficiencia renal aguda	5 días
		Debido a (o como consecuencia de)	
	c)	Glomeruloesclerosis diabética	6 meses
		Debido a (o como consecuencia de)	
	d)	Diabetes mellitus no insulino dependiente	15 años
PARTE II			
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

La causa que inició la cadena de acontecimientos que llevaron a la muerte es la diabetes mellitus no insulino dependiente que le originó una glomeruloesclerosis diabética; ésta a su vez le produjo insuficiencia renal aguda que se complicó con un coma hiperglicémico y finalmente ocurrió el paro cardiorrespiratorio. El antecedente de coledocitis no tiene que ser anotado puesto que ocurrió seis años antes y fue resuelto con anterioridad.

Recomendaciones generales para el llenado del certificado

- Considere las definiciones de “nacido vivo” y “nacido muerto” o “muerte fetal”, recomendadas por la OMS para seleccionar el tipo de certificado que se debe llenar.
- El volumen 2 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) contiene en las pág. 29 a 32 las definiciones relacionadas con las causas de defunción y las orientaciones para el registro. Esta clasificación se encuentra generalmente en los departamentos de archivo clínico o estadística de los hospitales de cada institución.
- Lea cuidadosamente las instrucciones impresas al reverso del certificado.
- El certificado no es una historia clínica; anote sólo un diagnóstico en cada renglón.
- No informe la manera de morir como “síncope o paro cardíaco, debilidad cardíaca, paro cardiorrespiratorio”, etc.; registre en lo posible causas precisas de muerte.
- No informe términos incompletos, como “meningitis”, “bronquitis”, “hepatitis”, etc.; cuando pueda anotar algún adjetivo que lo describa de forma más completa, ejemplo: “meningitis tuberculosa”, “bronquitis enfisematosa”, “hepatitis viral tipo A”, etc.
- No utilice siglas o abreviaturas al informar la causa de la defunción (como EVC, por enfermedad cerebrovascular, IAM, por infarto agudo del miocardio, HTA, SIRPA, EPOC, IRA, etc.) A menudo estas siglas pueden confundir al codificador y asignarse un código para una enfermedad diferente a la real.
- No omita los datos de la columna “Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte” ya que permiten establecer la secuencia de acontecimientos y la selección de la causa básica de muerte.
- En caso de defunciones en mujeres con antecedente de embarazo y la presencia de complicaciones relacionadas con éste, no omita llenar el apartado correspondiente a las variables 20 a 22.

- En las muertes por traumatismos, envenenamientos o cualquier otra consecuencia de causa externa, llene siempre los datos solicitados en el punto 23, así como la información complementaria de la descripción de cómo ocurrieron los hechos (médico legista generalmente).

En caso de dudas puede consultar a su instancia normativa (ver directorio del CEMECE) al departamento de archivo clínico y estadística de la unidad con los codificadores, o bien al:

**Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades
(CEMECE)**

Paseo de la Reforma núm. 450, piso 11
Col. Juárez, Deleg. Cuauhtémoc
06600 México, D. F.

Teléfonos +52(55) 5514 5964 | 5514 5989 | 5514 6110,
extensiones 1108 a 1111

Fax + 52 (55) 5514 5964 | 5514 5989

Correo electrónico: cemece@salud.gob.mx

Sitio web en Internet: www.cemece.salud.gob.mx

Ejercicios de certificación de las defunciones

A continuación se presentan 5 ejercicios de certificación de defunciones que usted debe resolver.

Llene todos los renglones del cuadro que sean necesarios para informar las causas de la muerte, incluyendo el intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte, así como la parte correspondiente para obtener información en caso de muertes del sexo femenino o por causas accidentales o violentas.

Compare sus respuestas con las que se dan al final y si son correctas, habrá alcanzado el objetivo de aprendizaje propuesto; en caso contrario, conviene que revise el apartado específico de esta guía.

EVALUACIÓN 4

1. Persona del sexo masculino de 65 años, murió en enero del 2004; bebedor de alcohol desde los 20 años, con diagnóstico de cirrosis hepática alcohólica cuatro años antes de fallecer. Dos años previos a su muerte tuvo un accidente automovilístico y sufrió fractura de fémur y costillas. Tres días antes de su fallecimiento presentó ruptura de várices esofágicas con hematemesis y melena, por lo cual se hospitalizó y falleció.

Registro de las causas

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I		
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		
a)	Debido a (o como consecuencia de)	
Causas, antecedentes		
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		
b)	Debido a (o como consecuencia de)	
c)	Debido a (o como consecuencia de)	
d)	Debido a (o como consecuencia de)	
PARTE II		
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	23.3 Lugar donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Institución residencial <input type="radio"/> 1 Áreas deportivas <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	23.4 Violencia familiar ¿El presunto agresor es familiar del fallecido(a)? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____ _____ _____		
23.7. Sólo en caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y Localidad o Colonia _____				
23.7.2 Municipio o Delegación _____		23.7.3 Entidad Federativa _____		

2. Persona del sexo femenino de 28 años, murió el 19 de noviembre del 2003. Padece de hipertensión arterial y enfermedad reumática cardíaca crónica, detectada a los 23 años, causada por probable fiebre reumática aguda durante su niñez. Tuvo historia de parto complicado en 2001. Se hospitalizó el 19 de noviembre de 2003 por hemorragia uterina, complicación de un aborto espontáneo incompleto dos días antes de la muerte. Murió por choque hipovolémico.

Registro de las causas

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ _____ _____
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____		
Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica _____ _____ _____		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo _____ _____ _____		

20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22. ¿LAS CAUSAS ANOTA COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
--	--	--

3. Persona del sexo masculino de 10 meses de edad; murió el 25 de enero de 2004. Nacido prematuro y de parto múltiple de una madre de 40 años de edad. Presentaba desde dos meses antes de la muerte desnutrición de tercer grado. Una semana antes de morir presentó gastroenteritis por germen gramnegativo. Un día previo al fallecimiento fue hospitalizado por perforación intestinal que le ocasionó un cuadro de septicemia y la muerte.

Registro de las causas

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		
a)	Debido a (o como consecuencia de)	
Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		
b)	Debido a (o como consecuencia de)	
c)	Debido a (o como consecuencia de)	
d)	Debido a (o como consecuencia de)	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		

4. Persona del sexo femenino de 50 años, obesa, que murió el 11 de enero de 2004. Diez años previos a la muerte presentó hipertensión arterial con síntomas de complicación cardíaca. Cinco años antes de su muerte padeció enfermedad vascular cerebral tipo embolia, permaneciendo hospitalizada durante un mes. Dos meses previos al fallecimiento presentó colitis amebiana, que se complicó con absceso hepático amebiano roto a cavidad abdominal dos días antes de morir y falleció con peritonitis de un día de duración.

Registro de las causas

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		
a)	Debido a (o como consecuencia de)	
Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		
b)	Debido a (o como consecuencia de)	
c)	Debido a (o como consecuencia de)	
d)	Debido a (o como consecuencia de)	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		

20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22. ¿LAS CAUSAS ANOTA COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
--	--	--

Registro de las causas

(Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas, antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

- a) _____
Debido a (o como consecuencia de)
- b) _____
Debido a (o como consecuencia de)
- c) _____
Debido a (o como consecuencia de)
- d) _____

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Lugar donde ocurrió la lesión	23.4 Violencia familiar ¿El presunto agresor es familiar del fallecido(a)?
23.1 Fue un presunto	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Institución residencial <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 0 No <input type="radio"/> 1
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Áreas deportivas <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> 0 No <input type="radio"/> 1
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (ranchcho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
23.7. Sólo en caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión			
23.7.1 Calle y Localidad o Colonia			
23.7.2 Municipio o Delegación		23.7.3 Entidad Federativa	



Certificado de Muerte Fetal

FORMATO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL (FRENTE)



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

Modelo 2004
FOLIO

04000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES ANOTADAS EN EL REVERSO

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Desconocido <input type="radio"/> 9	2. EDAD GESTACIONAL Semanas <input type="text"/> Gramos <input type="text"/>	3. PESO <input type="text"/>	4. DE UN EMBARAZO Único <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres y más <input type="radio"/> 3	5. RECIBIO ATENCIÓN PRENATAL Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input type="radio"/> 2	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> 1 Durante el parto <input type="radio"/> 2	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>		
	9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Calle y número <input type="text"/> 9.2 Localidad o Colonia <input type="text"/> 9.3 Municipio o Delegación <input type="text"/> 9.4 Entidad Federativa <input type="text"/>				
	10. LUGAR DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad Médica privada <input type="radio"/> 9 10.1 Nombre de la unidad médica <input type="text"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99				
CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico <input type="radio"/> 1 Enfermera <input type="radio"/> 2 Partera <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9				
	12. SI SE TRATA DE UN ABORTO, ESTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> 1 Provocado <input type="radio"/> 2 Terapéutico <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 8				
	13. SI SE TRATA DE UN PARTO, ESTE FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				
	14. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Cesárea <input type="radio"/> 1 Fórceps <input type="radio"/> 2 Legado <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Ninguno <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 8				
DATOS DE LA MADRE	15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA RENGLÓN a), b) o c) PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/> b) Debido a (origen consecuencia de) <input type="text"/> c) <input type="text"/> PARTE II Otras condiciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no estuvieron relacionadas con las causas señaladas a), b) o c) <input type="text"/> 16. CAUSA BÁSICA código CIE-10 Especifique la causa fue: <input type="text"/> MATERNAL <input type="radio"/> 1 FETAL <input type="radio"/> 2 a) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 b) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 c) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 d) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 e) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3				
	17. NOMBRE Nombre(s) <input type="text"/> Apellido paterno <input type="text"/> Apellido materno <input type="text"/>				
	18. EDAD Años <input type="text"/>				
	19. ESTADO CIVIL Soltero <input type="radio"/> 1 Viudo <input type="radio"/> 2 Divorciado <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casada <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9				
DATOS DEL INFORMANTE	20. RESIDENCIA HABITUAL (anote el domicilio permanente donde vive la madre) 20.1 Calle y número <input type="text"/> 20.2 Localidad o Colonia <input type="text"/> 20.3 Municipio o Delegación <input type="text"/> 20.4 Entidad Federativa <input type="text"/>				
	21. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o Profesional <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9				
	22. INSTITUCIÓN DE DERECHO HABIENTA Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9				
	23. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN <input type="text"/> Se ignora <input type="radio"/> 99				
DATOS DEL CERTIFICANTE	24. OCUPACIÓN HABITUAL <input type="text"/>				
	25. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO 25.1 Nacidos vivos (número) <input type="text"/> 25.2 Nacidos muertos (número) <input type="text"/>				
	26. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO Vive <input type="radio"/> 1 Falleció <input type="radio"/> 2 Folio del Certificado de Defunción <input type="text"/>				
	27. DATOS DEL INFORMANTE 27.1 Nombre <input type="text"/>				
DATOS DEL CERTIFICANTE	28. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8				
	29. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <input type="text"/>				
	30. DATOS DEL CERTIFICANTE 30.1 Nombre y firma <input type="text"/> 30.2 Domicilio y teléfono <input type="text"/> 31. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>				

REMITASE ORIGINAL A LA UNIDAD O JURISDICCIÓN SANITARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD MÁS CERCANA.
LA PRIMERA COPIA DEBERÁ SER ENVIADA AL INEGI

FORMATO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL-INSTRUCTIVO

(REVERSO)

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

DEFUNCIÓN FETAL. Es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo. La defunción se señala por el hecho de que el feto no dió manifestaciones de vida como el latido del corazón, respiración, pulsaciones del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios.

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Este certificado deberá llenar se en original y dos copias.
- Utilice letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.
- El certificado de muerte fetal debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud, o por las autoridades civiles locales de donde ocurrió la muerte fetal.
- Para el llenado de este certificado, auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Para las preguntas de opción marque con una X la opción correspondiente a la respuesta correcta (una sola opción por pregunta).
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos. (1,2,3...9).
- La segunda copia deberá ser entregada a los familiares para que efectúen los trámites de inhumación y cremación. El original y la primera copia deberán ser entregados semanalmente a la oficina de la jurisdicción de la Secretaría de Salud más cercana.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

2. **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
Ejemplo: Si el producto tenía 19 semanas y tres días, anote 19.
3. **PESO.** Anote en gramos el peso del producto. Ejemplo: Si el producto pesa 450 gramos: 0450 Gramos, si pesa 1300 gramos: 1300 Gramos. Evite expresar el peso en otra unidad de medida (1 kg. = 1000 gramos)
5. **RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL.** Marque si la embarazada recibió cuidados a la salud previos al parto, ya sean por médico, partera o cualquier otro auxiliar.
6. **ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado, si en su evolución existe alteración en la salud, ya sea de la madre o del producto, y se requiere atención médica para su solución. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
8. **FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Para la fecha anote con números el día, el mes y el año. Registre hora y minutos de ocurrencia. Para anotar la hora, use la escala de 01 al 24.
Ejemplo: Si ocurrió a las cuatro de la tarde, anote 16 horas 00 minutos.
9. **LUGAR DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Se refiere al lugar donde sucedió la expulsión o extracción del producto; éste puede ser diferente al lugar de residencia habitual de la madre. (Ver 20).
- 10.1 **Nombre de la unidad médica.** En caso de que la expulsión o extracción haya ocurrido en una unidad médica pública o privada, anote el nombre.
12. **SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Resultado de la expulsión o extracción completa del claustro materno de un feto o embrión de menos de 21 semanas de gestación, pudiendo ser:
Espontáneo: Si no se realiza alguna acción para que suceda.
Provocado: Si se realizan maniobras de cualquier clase para que suceda.
Terapéutico: Si se realiza por prescripción médica.
13. **SI SE TRATA DE UN PARTO, ÉSTE FUE.** Resultado de la expulsión o extracción del producto de la concepción cuando éste es de 21 semanas o más de gestación.
15. **CAUSAS DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón sin omitir marcar con una * Z en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida al feto o a la madre. Deje en blanco los espacios reservados para los códigos de la CIE-10.
PARTE I. Anote en a) la condición fetal o materna que causó la muerte directamente. Si la causa principal fue debida a una causa antecedente asiente ésta en b), si a su vez la causa antecedente fue originada por una tercera, informe ésta última en c).
PARTE II. Anote aquí alguna otra enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la Parte I a), b), o c).
Ejemplo:
I. a) Sífilis congénita
b) Sífilis materna
c)
II. Desnutrición de la madre
19. **ESTADO CIVIL.** Es la situación en que se encuentra la madre. Se incluyen tanto las situaciones de derecho como de hecho. Las opciones 1 a la 4 se refieren a la categoría de soltera según el Código Civil.
20. **RESIDENCIA HABITUAL.** Escriba el lugar donde la madre tuvo su domicilio de manera permanente durante los últimos seis meses, exceptuando los periodos largos de hospitalización; en el rubro de LOCALIDAD señale el nombre de ésta y la categoría política que tiene. Ejemplo: Rancho La Luz, Barrio San Pedro, etc. Si la RESIDENCIA HABITUAL corresponde a un país diferente a México, anote en entidad federativa el nombre de éste.
21. **ESCOLARIDAD.** Marque con una * Z una sola opción, según sea el nivel máximo de estudios aprobados.
22. **INSTITUCIÓN DE DERECHOHABILIENCIA.** Considérese * gtejaodipvg* si la persona tenía derecho a recibir prestaciones en dinero y/o en especie de una institución de seguridad social.
23. **NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN.** Anote el número de afiliación en caso de que la madre sea beneficiaria de alguna institución de seguridad social. Auxíliase para ello del expediente clínico o documento oficial de afiliación que presente el informante. Verifique que el número guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 22.
24. **OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote el oficio o trabajo que la madre desempeña habitualmente, precisando lo que hace en su trabajo; si no tiene un empleo remunerado mencione a que se dedica. Ejemplo: el hogar, o si es estudiante, rentista, jubilada.
25. **EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO.** Del total de embarazos tenidos por la madre anote cuántos hijos nacieron vivos, independientemente de si a la fecha están vivos o no, y cuántos nacieron muertos.
26. **CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO.** Anotar si la madre se encuentra viva o falleció como consecuencia de complicaciones del embarazo o del parto. En caso de fallecimiento, anote el número de folio del certificado de defunción.
- 30.1 **Datos del certificador.** El certificador no debe omitir ningún dato que lo identifique. La firma de la persona que certifica es de carácter obligatorio.

Certificación de las muertes fetales

El certificado de muerte fetal se extiende también por triplicado (original para la Secretaría de Salud, y primera y segunda copia para el INEGI y el Registro Civil respectivamente); es el documento indispensable para obtener el permiso de inhumación o cremación del feto (Art. 350 bis 6, Ley General de Salud). Aunque las muertes fetales no están sujetas al Registro Civil, sí es muy importante su registro estadístico para el estudio de las causas y los factores que intervienen en la mortalidad perinatal. Aún en la actualidad un gran número de ellas carece del certificado respectivo, lo que condiciona un elevado subregistro que impide conocer el comportamiento epidemiológico de este fenómeno. A menudo esto ocurre por desconocimiento de la importancia de la certificación y notificación de las muertes fetales.

La Organización Mundial de la Salud define la defunción fetal como “la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.” (Ver pág. 130, Vol. 2, CIE-10) En virtud de lo anterior a todo feto nacido muerto y comprobado por el certificador se le debe llenar el certificado de muerte fetal y con éste realizar los trámites de inhumación o cremación. Si esto no fuera posible, al menos este documento se debe llenar cuando el feto tiene trece o más semanas de gestación, contadas a partir del primer día de la última regla (ver Ley General de Salud, art. 314).

El certificado consta de seis partes:

- Datos del producto, del embarazo y del suceso
- Causas de la muerte fetal
- Datos de la madre
- Datos del informante
- Datos del certificador

Al reverso del formato se presenta el instructivo que debe ser leído antes de llenar el certificado.

DATOS DEL PRODUCTO, DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO

(Variables 1-14)

En este apartado el certificante debe poner especial atención en las variables que tienen relación con el embarazo y la atención. La edad gestacional (2) debe ser establecida en semanas completas contadas a partir del primer día de la última menstruación, a menos que ésta haya sido corregida por otra técnica diagnóstica (ultrasonografía, etc.) La variable 4 (De un embarazo) se refiere al número de fetos del embarazo en cuestión (único o múltiple). Se debe marcar el círculo respectivo si la madre recibió consulta de vigilancia prenatal por algún agente de salud en ese embarazo (5), si el embarazo fue normal o complicado (6) y si la muerte ocurrió antes de iniciarse las contracciones del trabajo de parto o en algún momento del parto (7) pero antes de nacer.

En las variables 11 a 14 sólo hay que cruzar el círculo que corresponda a las características que tienen que ver con la expulsión o extracción del feto (qué tipo de persona atendió, tipo de parto o aborto y procedimiento practicado).

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL

(Variable 15)

El formato y los principios para el registro de las causas de muerte son similares a los del Certificado de defunción, excepto que en lugar de la duración de cada enfermedad, se solicita al certificante marcar, para cada causa anotada, si ésta fue materna o fetal según su mejor juicio clínico. Aunque con frecuencia es difícil establecer las causas de la muerte fetal, el médico debe esforzarse en el interrogatorio y exploración y anotar los diagnósticos más cercanos a la realidad, evitando el uso de términos inespecíficos como es el caso de “interrupción de la circulación fetoplacentaria o fetomaterna” que no aportan mayor información.

Algunas causas maternas son la preeclampsia, eclampsia, el desprendimiento prematuro de placenta, la placenta previa, la diabetes mellitus que complica el embarazo, la rubéola o alguna otra infección o enfermedad aguda o crónica durante el embarazo, el trabajo de parto prolongado, la desproporción fetopélvica, el traumatismo al nacer, etc. Entre las causas fetales destacan las malformaciones congénitas, los problemas del cordón umbilical (compresión, circulares, nudos, prolapso), el sufrimiento fetal, etc. Todas estas causas aportan mayor información que los términos del párrafo anterior.

DATOS DE LA MADRE

(Variables 17 a 26)

Debido a su importancia, además del nombre de la madre (17), factores tales como la edad (18), el estado civil (19), la residencia (domicilio) (20), la escolaridad (21), la disponibilidad de seguridad social (institución de derechohabencia y afiliación) (22 y 23), la ocupación (24) y el antecedente materno de nacidos vivos y mortinatos (25) guardan relación con el riesgo de muerte fetal, de ahí la importancia de su correcto registro. De igual modo, es posible que la muerte fetal también se acompañe de la muerte materna, por lo que la condición de sobrevivencia de la madre después del parto o aborto (26) de un feto muerto debe ser reportada.

El registro de los datos del informante (27) y datos del certificante (28) tiene requisitos similares a los del Certificado de defunción.

Ejemplos de certificación de causas de muerte fetal

A. Feto del sexo masculino de 38 semanas de gestación, producto de un embarazo único de evolución aparentemente normal, con 5 controles prenatales efectuado por médico en su clínica de adscripción. La madre, primigesta de 24 años, sin antecedentes patológicos personales, acudió al hospital debido a que no percibió movimientos fetales desde hacía 24 horas, y por haber iniciado contractilidad uterina dolorosa y frecuente durante las últimas 4 horas. A su ingreso al hospital se encontró en franco trabajo de parto, con 5 cm de dilatación cervical y membranas íntegras, sin lograrse auscultar la frecuencia cardíaca fetal. Con la sospecha de muerte fetal se practicó ultrasonido que confirmó el diagnóstico. Seis horas después de su ingreso dio a luz un producto muerto acompañado de líquido amniótico meconial con circular de cordón apretada a cuello.

Registro de las causas de muerte fetal

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL		ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA RENGLÓN a), b) o c)		Especifique si la causa fue:	
				MATERNAL	FETAL
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) Anote en último lugar la causa básica b) o c)	a)	Asfixia fetal intrauterina	Debido a (o como consecuencia de):	Ia <input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2
	b)	Circular de cordón apretado a cuello	Debido a (o como consecuencia de):	Ib <input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2
	c)			Ic <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
-----				IIa <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
PARTE II Otras condiciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no estuvieron relacionadas con las causas señaladas a), b) o c)				IIf <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
				IIf <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2

B. Feto del sexo femenino de 34 semanas de gestación, producto de un embarazo único complicado con preeclampsia severa, en una paciente secundigesta de 19 años sin control prenatal. La madre fue traída de urgencia al hospital con cefalea persistente de 24 horas, mareo, vómito, hipertensión arterial (160/110) y dolor abdominal intenso acompañado de sangrado genital oscuro e inmovilidad y ausencia de frecuencia cardíaca fetal. Fue sometida a cesárea de urgencia con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, obteniendo un feto muerto acorde a la edad gestacional. Se comprobó desprendimiento total de placenta.

Registro de las causas de muerte fetal

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL		ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA RENGLÓN a), b) o c)		Especifique si la causa fue:	
				MATERNAL	FETAL
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) Anote en último lugar la causa básica b) o c)	a)	Desprendimiento prematuro de placenta	Debido a (o como consecuencia de):	Ia <input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
	b)	Preeclampsia severa	Debido a (o como consecuencia de):	Ib <input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
	c)			Ic <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
-----				IIa <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
PARTE II Otras condiciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no estuvieron relacionadas con las causas señaladas a), b) o c)				IIf <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
				IIf <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2

EVALUACIÓN 5

Anote las causas de muerte fetal en el siguiente caso.

Feto del sexo femenino de 18 semanas de gestación, producto de un embarazo único. La madre de 23 años con antecedente de incompetencia ístmico cervical había presentado dos abortos de menos de 20 semanas en los últimos dos años. Había sido programada para aplicarle una cinta oclusiva en el cuello uterino, pero antes de la fecha establecida acudió de urgencia al hospital debido a que presentó ruptura espontánea de las membranas, salida de líquido amniótico normal y dos horas después sangrado genital y contractilidad uterina dolorosa y frecuente. En el hospital se dejó evolucionar el trabajo de aborto, expulsando el feto muerto a las dos horas de su ingreso, después de lo cual se practicó legrado uterino.

Registro de las causas de muerte fetal

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL

ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA RENGLÓN a), b) o c)

PARTE I

Condición fetal o materna que causó directamente la muerte

a) _____
Debido a (o como consecuencia de):

Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a)
Anote en último lugar la causa básica b) o c)

b) _____
Debido a (o como consecuencia de):
c) _____

PARTE II

Otras condiciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no estuvieron relacionadas con las causas señaladas a), b) o c)

Especifique si la causa fue:

	MATERNAL	FETAL
Ia	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Ib	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Ic	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
IIa	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
IIb	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2



Respuestas a los
ejercicios de
evaluación

EVALUACIÓN 1

Propósitos del certificado de defunción:

Legal, Epidemiológico y Estadístico

Partes del certificado de defunción:

1. Datos del fallecido
2. Datos de la defunción
3. Datos de las muertes accidentales y violentas
4. Datos del informante
5. Datos del certificante
6. Datos del Registro Civil

EVALUACIÓN 2

La causa básica de la defunción se define como: “(a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o (b) las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal”.

El objetivo es captar información uniforme en todos los países, para seleccionar, a partir de ella, la causa básica de la muerte, con la finalidad de realizar las investigaciones epidemiológicas pertinentes, generar estadísticas de mortalidad comparables internacionalmente y establecer mecanismos para la prevención y control de los daños y riesgos para la salud.

EVALUACIÓN 3

Causa directa o última	Hemorragia cerebral
Causa que inició la cadena de acontecimientos que llevaron a la muerte	Pielonefritis crónica

EVALUACIÓN 4

Respuestas a los ejercicios de certificación de las causas de muerte

4.1 Registro correcto de las causas

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa	a) Ruptura de várices esofágicas Debido a (o como consecuencia de)	3 días
	b) Cirrosis hepática alcohólica Debido a (o como consecuencia de)	4 años
	c) Alcoholismo crónico Debido a (o como consecuencia de)	45 años

No se llena la Variable 23 porque el accidente automovilístico ocurrió dos años antes y no se menciona que tuvo relación con las causas de la muerte.

4.2 Registro correcto de las causas

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque hipovolémico Debido a (o como consecuencia de)		Horas
Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Hemorragia uterina Debido a (o como consecuencia de)		Horas
c) Aborto espontáneo incompleto Debido a (o como consecuencia de)		2 días
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Enfermedad cardíaca reumática crónica Hipertensión arterial		5 años 5 años

20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE El embarazo <input checked="" type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22. ¿LAS CAUSAS ANOTA COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
---	---	--

4.3 Registro correcto de las causas

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Septicemia Debido a (o como consecuencia de)		Horas
Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Perforación intestinal Debido a (o como consecuencia de)		1 día
c) Gastroenteritis por germen gramnegativo Debido a (o como consecuencia de)		1 semana
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Desnutrición de tercer grado		2 meses

4.4 Registro correcto de las causas

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Peritonitis Debido a (o como consecuencia de)		1 día
Causas, antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Absceso hepático amebiano roto a cavidad abdominal Debido a (o como consecuencia de)		2 días
c) Colitis amebiana Debido a (o como consecuencia de)		2 meses
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Enfermedad vascular cerebral Cardiopatía hipertensiva		5 años 10 años

20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5	21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
---	--	---

4.5 Registro correcto de las causas

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas, antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

a) Infarto agudo al miocardio Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Minutos
b) Fracturas múltiples en cráneo y extremidades inferiores Debido a (o como consecuencia de)	8 días
c) Atropellado por automóvil al cruzar avenida Debido a (o como consecuencia de)	8 días
d) _____	_____

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Infarto agudo transmural laterobasal antiguo del miocardio	5 años
Diabetes Mellitus no insulín dependiente	20 años

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto
 Accidente ☒ 1 Homicidio ☐ 2
 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 Sí ☐ 1 No ☒ 2
 Se ignora ☐ 9

23.3 Lugar donde ocurrió la lesión
 Vivienda particular ☐ 0 Institución residencial ☐ 1 Escuela u oficina pública ☐ 2
 Áreas deportivas ☐ 3 Calle o carretera (vía pública) ☒ 4 Área comercial o de servicios ☐ 5
 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 9

23.4 Violencia familiar
 ¿El presunto agresor es familiar del fallecido(a)?
 Sí ☐ 1 No ☒ 2
 Se ignora ☐ 9

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número
540307

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión
Fue atropellado por un automóvil al cruzar una avenida

23.7. Sólo en caso de accidente de vehículo de motor, anote al domicilio, donde ocurrió la lesión.
 23.7.1 Calle y Localidad o Colonia
Avenida Revolución núm. 530, Col. Porvenir

23.7.2 Municipio o Delegación
Miguel Hidalgo

23.7.3 Entidad Federativa
Distrito Federal

EVALUACIÓN 5

Registro de las causas de muerte fetal

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA RENGLÓN a), b) o c)

PARTE I
Condición fetal o materna que causó directamente la muerte

Condición fetal o materna que originaron la causa directa a)
 Anote en último lugar la causa básica b) o c)

a) Ruptura prematura de membranas Debido a (o como consecuencia de):	Especifique si la causa fue: MATERNAL FETAL Ia <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
b) Incompetencia ístmico cervical Debido a (o como consecuencia de):	Ib <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
c) _____	Ic <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2

PARTE II
Otras condiciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no estuvieron relacionadas con las causas señaladas a), b) o c)

_____	IIa <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
_____	IIb <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2

GUÍA PARA EL LLENADO
DE LOS CERTIFICADOS DE
DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL

Subsecretaría de Innovación y Calidad
Dirección General de Información en Salud

CENTRO MEXICANO PARA LA CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES

www.dgis.salud.gob.mx | www.cemece.salud.gob.mx