

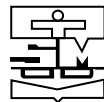


Salud

CENTRO MEXICANO  
PARA LA CLASIFICACIÓN  
DE ENFERMEDADES



# GUIA DE AUTOAPRENDIZAJE PARA EL LLENADO CORRECTO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN



Secretaría de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social. Régimen Ordinario

Instituto Mexicano del Seguro Social. Régimen de Oportunidades

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Secretaría de la Defensa Nacional

Secretaría de Marina

Petróleos Mexicanos

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVO	7
INSTRUCCIONES	9
DESCRIPCIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	9
CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	11
INSTRUCCIONES PARA REGISTRAR LAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN	12
EJEMPLOS DE CERTIFICACIÓN	14
RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO	18
EJERCICIOS DE CERTIFICACIÓN	19
RESPUESTAS A LAS EVALUACIONES Y EJERCICIOS	22
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	27
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL	29
DIRECTORIO	31

## INTRODUCCIÓN

El Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial del 21 de noviembre de 1986, con el que se dieron a conocer los nuevos modelos de Certificados de Defunción y Muerte Fetal, señala que estos deben ser expedidos preferentemente por un médico, con título de la Dirección General de Profesiones, y que personal no médico, autorizado por la Secretaría de Salud y las autoridades civiles pueden extenderlos a falta de médico en la localidad de ocurrencia de la defunción. Los certificados son editados, controlados y distribuidos gratuitamente por la Secretaría de Salud y se encuentran disponibles en las unidades médicas.

El **Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE)**, que integra asesores representantes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), se ha propuesto contribuir al mejoramiento de la calidad de los registros de certificados de defunción, con objeto de mejorar la información estadística que deriva de ellos. Por tal motivo se decidió la actualización de la presente guía con objeto de distribuirla a todo el personal médico por todos los medios posibles y apoyarlo durante la certificación de las defunciones. Esta guía constituye una actualización a la elaborada bajo la coordinación del Prof. Roberto M. Fernández de Hoyos a fines de los 80s.

## 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 persisten importantes problemas en la anotación de los datos y sobre todo de las causas de defunción, debido al desconocimiento de la forma correcta del llenado. Estos problemas tienen repercusiones legales, epidemiológicas y estadísticas.

El certificado de defunción cumple con tres propósitos básicos:

- a) **Legal:** sirve para dar fe del hecho ocurrido ante el Registro Civil en donde se levanta el acta de defunción. Con ello puede ser expedido el permiso de inhumación o cremación del cadáver, así como realizar otros trámites derivados de este hecho. El certificado debe elaborarse después de examinar el cadáver, con veracidad y sin omitir ningún dato.
- b) **Epidemiológico:** permite tener conocimiento de los daños a la salud de la población, fundamenta la vigilancia del comportamiento de las enfermedades, orienta los programas preventivos y apoya la evaluación y planeación de los servicios de salud.
- c) **Estadístico:** constituye la fuente primaria para la elaboración de las estadísticas de mortalidad que se utilizan en la elaboración de las estadísticas vitales.

## 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 y disposiciones legales vigentes en México.

## INSTRUCCIONES

Las instrucciones de esta guía aplican para los dos tipos de certificados (de defunción y de muerte fetal); sin embargo, un mayor detalle para todas las variables se encuentra impreso al reverso de cada uno de ellos y deben ser revisados cuidadosamente antes de llenarlos. En el caso de esta guía la instrucción se dirige especialmente al correcto registro de las causas de defunción. Para ello:

a) Lea cuidadosamente el texto de cada apartado y las instrucciones de cada ejercicio.

b) Escriba primero su respuesta y después compárela con las correctas que aparecen al final.

c) Cuando sus respuestas no coincidan con las correctas, vuelva a leer la información previa a la pregunta contestada; consulte los modelos de certificados de defunción adjuntos y su instructivo impreso al reverso de cada documento.

## DESCRIPCIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

El certificado de defunción consta de las siguientes partes:

- Datos del fallecido
- Datos de la defunción
- Datos de la defunción por causas accidentales y/o violentas
- Datos del certificante
- Datos del informante
- Datos del registro civil

Todas y cada una de las partes deben ser llenadas con el mismo cuidado. En ciertas variables el certificante únicamente marcará en los círculos con una (X) las respuestas que aparecen precodificadas, mientras que en otras tendrá que escribir la información que se solicita.

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; por ello se le recomienda leer cuidadosamente las ins-

trucciones incluidas al reverso del mismo.

### DATOS DEL FALLECIDO

(Variables 1 a 11)

Se refiere a toda la información necesaria para identificar las características de la persona a quien corresponde el certificado. Estos datos son fundamentales para identificar los aspectos sociodemográficos del fallecido (edad, sexo, residencia habitual, ocupación, etc.)

### DATOS DE LA DEFUNCIÓN

(Variables 12 a 17)

Comprende el lugar (domicilio) y sitio (unidad médica, hogar, etc.) donde ocurrió la defunción, la fecha y el antecedente de atención médica durante la última enfermedad. En esta parte también se anotan las causas de la muerte, incluyendo el tiempo en que se presentaron las diferentes causas respecto a la fecha de la muerte, según el modelo internacional del certificado recomendado por la Organización Mun-

dial de la Salud (OMS) para la selección de la causa básica de la defunción, que es la que se elige para la generación de estadísticas de mortalidad y permite la comparabilidad entre los distintos países (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, CIE-10).

Debido a una recomendación de la OMS y por la importancia que representan las muertes maternas, se incluyeron dos preguntas sobre la presencia de embarazo, parto y puerperio y la posibilidad de que las causas de muerte tuvieran relación o fueran consecuencia de complicaciones del mismo.

#### **DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS ACCIDENTALES Y/O VIOLENTAS** (variable 18)

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, debe ser llenada por el médico legista u otro médico autorizado. La información solicitada permite clasificar la intencionalidad (accidente, suicidio, homicidio o ignorada); debe incluirse el número del acta del Ministerio Público que intervino en la investigación, si se practicó necropsia, así como la autoridad que la ordenó.

#### **DATOS DEL CERTIFICANTE** (variable 19)

Es muy importante conocer qué médico certificó la defunción (si fue el que atendió al fallecido durante su última enfermedad, si fue un médico legista u otro), 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.

Finalmente, se debe registrar el nombre, firma, domicilio y teléfono del certificante, sea médico o no, para cualquier aclaración legal, estadística o epidemiológica sobre las causas de defunción o cualquier otra variable.

#### **DATOS DEL INFORMANTE** (variable 20)

Permiten la identificación del familiar que proporcionó los datos del fallecido para la elaboración del certificado de defunción.

#### **DATOS DEL REGISTRO CIVIL** (variable 21 y 23)

Comprende datos de la Oficialía o Juzgado Civil donde se inscribió la defunción, número del libro, acta, lugar y fecha, así como la Clave Única del Registro Nacional de Población (CURP) del fallecido que se asigna por la Secretaría de Gobernación.

---

### **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 a nivel internacional 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 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (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.

16. CAUSAS DE DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte	
DE LA DEFUNCIÓN	<b>PARTE I</b>  Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente  Causas, antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada. Debe mencionarse en último lugar la causa básica o fundamental	Anote una sola causa en cada renglón. No quiere decirse con esto el modo de morir - Ejemplo: debilidad cardíaca, astenia, etc.-; significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento  a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____  b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____  c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____  d) _____	_____ _____ _____ _____
	-----		-----
	<b>PARTE II</b>  Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estados morbosos informados en a), b), c) o d)	_____ _____	_____ _____



---

## 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

El modelo internacional del componente médico del certificado de defunción consta de dos partes I y II:

**La Parte I** tiene cuatro renglones, a), b), c) y d) donde debe anotarse **un sólo diagnóstico** en cada uno de ellos, tan informativo y específico 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 morboso**, los renglones b), c) y d) se dejen en blanco. Aunque es muy recomendable extender la 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 descubrió en el fallecido y que tiene el menor tiempo de duración.

**Renglón b).** Se utiliza cuando el médico considere que la causa infor-

mada en a) se debió o fue originada por una causa previa, que tiene mayor tiempo de evolución que la anotada en el renglón a).

**Renglón c).** Se llenará éste renglón si el médico considera que existe otra causa que dió origen a la anotada en el renglón b) y que tiene mayor tiempo de evolución que las anotadas en los renglones b) y a).

**Renglón d).** Se llenará cuando el médico considere que en la defunción estuvieron involucradas cuatro causas; de modo que la registrada en a), se debió a la informada en b) y que ésta se debió a la informada en c) y ésta a su vez fue originada por la que se anota en d). Esta última es la que tendrá el mayor tiempo de duración.

**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 for-

ma la información vertida en el certificado no facilita la tarea de codificación.

**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 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 pudieron 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.**

En nuestro país el certificado de defunción contiene en las variables 17 y 18 información adicional que debe ser registrada por el certificador.

La variable 17 se llena cuando se trata de una mujer y la 18 cuando se trata de una muerte accidental o violenta. El apartado 18 lo debe llenar el médico legista y es necesario que describa con el mayor detalle posible las circunstancias en que se produjo la lesión y en caso de accidentes de vehículo de motor, anotar el domicilio o lugar exacto donde ocurrió la lesión.

Se debe cruzar el círculo respectivo en la variable 17.1 en aquellos casos en que se tiene el antecedente de embarazo o puerperio o que éste haya ocurrido en los once meses antes de morir, independientemente de las causas de defunción anotadas.

En la variable 17.2 se cruza el círculo 1 si las causas anotadas estuvieron relacionadas o fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio, en caso de que no exista relación se cruzará el 2.

**Nota:** Si no existe el antecedente de embarazo no debe llenar la variable 17.

## VARIABLE 17

17. SI ES UNA MUJER, ESPECIFIQUE SI ESTUVO EMBARAZADA O EN EL PUERPERIO DURANTE:

17.1 Los 42 días antes de la muerte  1 Los 11 meses antes de la muerte  2

17.2 ¿Las causas tuvieron relación o fueron consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Si  1 No  2

## VARIABLE 18

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		18.3 Lugar donde ocurrió la lesión:		18.4 Violencia familiar		18.5 ¿Se práctico necropsia?	
	18.1 Fue un presunto		18.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Si la muerte fue por homicidio señale si el presunto agresor es familiar del fallecido		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Hogar <input type="radio"/> 1 Trabajo <input type="radio"/> 2 Vía Pública <input type="radio"/> 3 Centro de Recreo <input type="radio"/> 4 Carretera <input type="radio"/> 6 Otro <input type="radio"/> 7			
	18.6 ¿La defunción fue registrada en el ministerio público con el número		18.7 Autoridad que ordenó la necropsia		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
18.8 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que produjo la lesión:								
18.9 En caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión:								

---

### EVALUACIÓN 3

En el siguiente ejemplo indique cuál es la causa directa de la muerte:

---

Parte I	Intervalo
a) Hemorragia cerebral _____	1 día
b) Hipertensión arterial _____	8 meses
c) Insuficiencia renal crónica _____	1 año
d) Pielonefritis crónica _____	8 años

Parte II

Cáncer de mama \_\_\_\_\_ 1 año

---

## EJEMPLOS DE CERTIFICACIÓN

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.

---

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

---

Parte I	Intervalo
a) Infarto transmural agudo del miocardio de pared inferior _____	20 min
b) _____	_____
c) _____	_____
d) _____	_____

Parte II

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

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**

Parte I	Intervalo
a) Hemorragia cerebral	12 horas
b) Eclampsia	1 día
c) Preeclampsia severa	1 semana
d) _____	_____

Parte II

_____	_____
_____	_____

Como la mujer estaba embarazada al ocurrir la defunción, se debe llenar la variable 17 como a continuación se señala.

17. SI ES UNA MUJER, ESPECIFIQUE SI ESTUVO EMBARAZADA O EN EL PUERPERIO DURANTE:
- 17.1 Los 42 días antes de la muerte  1                      Los 11 meses antes de la muerte  2
- 17.2 ¿Las causas tuvieron relación o fueron consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio?                      Sí  1                      No  2

Persona del sexo masculino de 40 años de edad. Murió el 23 de enero de 1998 con síndrome nefrótico que padeció desde 1992. El 21 de enero de 1998 se golpeó accidentalmente en la cabeza contra el borde de una alberca de su propio domicilio, en la calle Rosales No. 21, Col. Jardín, Pue., Pue. que le provocó una fractura de cráneo. Un día después entró en estado de coma seguido de paro cardiorrespiratorio.

**Registro correcto de las causas**

Parte I	Intervalo
a) Estado de coma	1 día
b) Fractura de cráneo	2 días
c) Golpe en la cabeza contra borde de la alberca	2 días
d) _____	_____

Parte II

<u>Síndrome nefrótico</u>	<u>6 años</u>
---------------------------	---------------

Como la defunción se debió a un accidente el certificado debe ser llenado por el médico legista o el médico autorizado por el ministerio público. La variable 18 se llena como a continuación se indica.

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 18.1 Fue un presunto	18.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	18.3 Lugar donde ocurrió la lesión: Hogar <input checked="" type="radio"/> 1 Trabajo <input type="radio"/> 2 Vía Pública <input type="radio"/> 3 Centro de Recreo <input type="radio"/> 4 Carretera <input type="radio"/> 6 Otro <input type="radio"/> 7	18.4 Violencia familiar Si la muerte fue por homicidio señale si el presunto agresor es familiar del fallecido Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	18.5 ¿Se practicó necropsia? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	18.1 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				
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	18.6 ¿La defunción fue registrada en el ministerio público con el número	589127	18.6 Autoridad que ordenó la necropsia	<i>Agente del ministerio público</i>	
	18.8 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que produjo la lesión:	<b><i>Al estar haciendo ejercicio, resbaló y se golpeó la cabeza en el borde de la alberca de su domicilio</i></b>			
	18.9 En caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión:				

La causa básica es el accidente que sufrió el individuo en su domicilio al 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 (el accidente en la alberca (resbalón) de su domicilio 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 evitar las caídas, atropellamientos por vehículo de motor, etc.

En la parte I de causas de defunción se anotará la naturaleza de las lesiones (el coma, la fractura de cráneo) y también debe anotarse la causa externa (golpe en la cabeza en el borde de una alberca).

En la variable 18, para los casos de muerte accidental o violenta se anotará la información complementaria que se solicita.

En el renglón 18.9 anote el domicilio del lugar de ocurrencia de la lesión cuando ésta sea la causa de muerte: calle o avenida, entre qué calles, nombre de la colonia, del municipio y de la entidad. Evite poner domicilio conocido. En caso de ocurrir en carretera a la altura de qué kilómetro y nombre de la carretera.

---

Persona del sexo masculino de 66 años de edad. Murió el 20 de diciembre de 1998. Padecía de diabetes mellitus no insulino dependiente desde hacía 15 años. Fue intervenido quirúrgicamente en 1992 para extirpación de vesícula biliar por colelitiasis; seis meses antes de su muerte desarrolló glomerulosclerosis 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

Parte I	Intervalo
a) <u>Coma hiperglicémico</u>	<u>3 días</u>
b) <u>Insuficiencia renal aguda</u>	<u>5 días</u>
c) <u>Glomerulosclerosis diabética</u>	<u>6 meses</u>
d) <u>Diabetes mellitus no insulino dependiente</u>	<u>15 años</u>

Parte II

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

La causa básica de la muerte es la diabetes mellitus no insulino dependiente que le originó una glomerulosclerosis diabética; ésta a su vez le produjo insuficiencia renal aguda que se complicó con un coma hiperglicémico y finalmente un paro cardiorrespiratorio. El antecedente de colelitiasis no tiene que ser anotado puesto que ocurrió seis años antes y fue tratada con anterioridad. Tampoco tuvo relación con las causas de la muerte.

## 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 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 cardio-respiratorio”, 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).
- No omita los datos de la columna “Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la 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 la variable 17.
- En las causas accidentales y/o violentas, llene siempre los datos solicitados en el punto 18, así como la información complementaria de la descripción de cómo ocurrieron los hechos (médico legista generalmente).
- En caso de dudas puede consultar al Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE), al teléfono 5514-1639 o a través de la página electrónica de la SSA vía internet [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx), o a su instancia normativa (ver directorio anexo).

## EJERCICIOS DE CERTIFICACION

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 correspondien-

te para obtener información en caso de muertes del sexo femenino o por causas accidentales y/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 repita el estudio de esta guía.

### EVALUACIÓN 4

**4.1** Persona del sexo masculino de 65 años, murió en enero del 2001; 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

Parte I	Intervalo
a) _____	_____
b) _____	_____
c) _____	_____
d) _____	_____
Parte II	
_____	_____
_____	_____

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:	18.3 Lugar donde ocurrió la lesión:	18.4 Violencia familiar	18.5 ¿Se práctico necropsia?	
	18.1 Fue un presunto	18.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Hogar <input type="radio"/> 1 Trabajo <input type="radio"/> 2	Si la muerte fue por homicidio señale si el presunto agresor es familiar del fallecido	
	Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Vía Pública <input type="radio"/> 3 Centro de Recreo <input type="radio"/> 4	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Carretera <input type="radio"/> 6 Otro <input type="radio"/> 7		
	18.6 ¿La defunción fue registrada en el ministerio público con el número	18.7 Autoridad que ordenó la necropsia			
	18.8 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que produjo la lesión:				
	18.9 En caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión:				



4.2 Persona del sexo femenino de 28 años, murió el 19 de noviembre del 2000. Padecía 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 anormal en 1998. Se hospitalizó el 19 de noviembre de 2000 por hemorragia uterina, complicación de legrado uterino para tratar un aborto espontáneo incompleto dos días antes de la muerte. Murió por choque hipovolémico.

### Registro de las causas

Parte I	Intervalo
a) _____	_____
b) _____	_____
c) _____	_____
d) _____	_____

Parte II	
_____	_____
_____	_____

17. SI ES UNA MUJER, ESPECIFIQUE SI ESTUVO EMBARAZADA O EN EL PUERPERIO DURANTE:

17.1 Los 42 días antes de la muerte  1 Los 11 meses antes de la muerte  2

17.2 ¿Las causas tuvieron relación o fueron consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí  1 No  2

4.3 Persona del sexo masculino de 10 meses de edad; murió el 25 de enero de 1999. Nacido prematuro y sobreviviente de parto múltiple en 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

Parte I	Intervalo
a) _____	_____
b) _____	_____
c) _____	_____
d) _____	_____

Parte II	
_____	_____
_____	_____

4.4 Persona del sexo femenino de 50 años, obesa, que murió el 11 de enero de 1999. 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

Parte I	Intervalo
a) _____	_____
b) _____	_____
c) _____	_____
d) _____	_____
Parte II	
_____	_____
_____	_____

17. SI ES UNA MUJER, ESPECIFIQUE SI ESTUVO EMBARAZADA O EN EL PUERPERIO DURANTE:

17.1 Los 42 días antes de la muerte  1                      Los 11 meses antes de la muerte  2

17.2 ¿Las causas tuvieron relación o fueron consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio?                      Sí  1                      No  2

4.5 Persona del sexo masculino de 59 años, muere el 10 de febrero del 2000 diabético no insulino dependiente desde hace 20 años; en los últimos años padeció precoma diabético. Un año antes de su muerte tuvo un infarto agudo transmural laterobasal del miocardio y fue hospitalizado. Ocho días antes del fallecimiento fue atropellado por un automóvil al cruzar la avenida Revolución, entre Martí y Progreso, Col. Escandón, Del. Miguel Hidalgo, México, D.F. ocasionándole fracturas múltiples por lo que fue hospitalizado. El 10 de febrero presentó otro infarto del miocardio y falleció.

### Registro de las causas

Parte I	Intervalo
a) _____	_____
b) _____	_____
c) _____	_____
d) _____	_____
Parte II	
_____	_____
_____	_____

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:	18.3 Lugar donde ocurrió la lesión:	18.4 Violencia familiar	18.5 ¿Se práctico necropsia?	
	18.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	18.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Hogar <input type="radio"/> 1 Trabajo <input type="radio"/> 2 Via Pública <input type="radio"/> 3 Centro de Recreación <input type="radio"/> 4 Carretera <input type="radio"/> 6 Otro <input type="radio"/> 7	Si la muerte fue por homicidio señale si el presunto agresor es familiar del fallecido Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	18.6 ¿La defunción fue registrada en el ministerio público con el número	18.7 Autoridad que ordenó la necropsia			
	18.8 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que produjo la lesión:				
18.9 En caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión:					

## RESPUESTAS A LAS EVALUACIONES Y EJERCICIOS

### EVALUACIÓN 1

#### Propósitos

Legal  
Epidemiológico y  
Estadístico

#### Partes del certificado

1. Datos del fallecido
2. Datos de la defunción
3. Datos de la defunción por causas, accidentes y/o violencias
4. Datos del certificador
5. Datos del informante
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 a nivel internacional y establecer mecanismos para la prevención y control de los daños y riesgos para la salud.

### EVALUACIÓN 3

I a) Hemorragia cerebral

Es la enfermedad que causó directamente la muerte o sea, la última que el médico descubrió en el fallecido;

## EVALUACIÓN 4

Respuestas a los ejercicios de certificación de las causas de muerte

---

### 4.1 Registro correcto de las causas

Parte I	Intervalo
a) <u>Ruptura de várices esofágicas</u>	<u>3 días</u>
b) <u>Cirrosis hepática alcohólica</u>	<u>4 años</u>
c) <u>Alcoholismo crónico</u>	<u>45 años</u>
d) _____	_____

Parte II	
_____	_____
_____	_____

---

No se llena la Variable 18 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

Parte I	Intervalo
a) <u>Choque hipovolémico</u>	<u>Horas</u>
b) <u>Hemorragia uterina</u>	<u>Horas</u>
c) <u>Aborto espontáneo incompleto</u>	<u>2 días</u>
d) _____	_____

Parte II	
<u>Enfermedad cardíaca reumática crónica</u>	<u>5 años</u>
<u>Hipertensión arterial</u>	<u>5 años</u>

---

17. SI ES UNA MUJER, ESPECIFIQUE SI ESTUVO EMBARAZADA O EN EL PUERPERIO DURANTE:

- 17.1 Los 42 días antes de la muerte  1                      Los 11 meses antes de la muerte  2
- 17.2 ¿Las causas tuvieron relación o fueron consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio?                      Sí  1                      No  2

---

### 4.3 Registro correcto de las causas

Parte I	Intervalo
a) <u>Septicemia</u>	<u>Horas</u>
b) <u>Perforación intestinal</u>	<u>1 día</u>
c) <u>Gastroenteritis por germen gramnegativo</u>	<u>1 semana</u>
d) _____	_____

Parte II	
<u>Desnutrición de tercer grado</u>	<u>2 meses</u>
_____	_____

#### 4.4 Registro correcto de las causas

Parte I	Intervalo
a) <u>Peritonitis</u>	<u>1 día</u>
b) <u>Absceso hepático amebiano roto a cavidad abdominal</u>	<u>2 días</u>
c) <u>Colitis amebiana</u>	<u>2 meses</u>
d) _____	_____
Parte II	
<u>Enfermedad vascular cerebral</u>	<u>5 años</u>
<u>Cardiopatía hipertensiva</u>	<u>10 años</u>

No se llena la variable 17 porque no se refiere el antecedente de embarazo o puerperio o de que las causas tuvieran relación o fueran consecuencia de complicaciones de estos.

#### 4.5 Registro correcto de las causas

Parte I	Intervalo
a) <u>Infarto agudo del miocardio</u>	<u>minutos</u>
b) <u>Fracturas múltiples</u>	<u>8 días</u>
c) <u>Atropellado por automóvil al cruzar la avenida</u>	<u>8 días</u>
d) _____	_____
Parte II	
<u>Infarto agudo transmural laterobasal antiguo del miocardio</u>	<u>1 año</u>
<u>Diabetes mellitus no insulino dependiente</u>	<u>20 años</u>

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:	18.3 Lugar donde ocurrió la lesión:	18.4 Violencia familiar	18.5 ¿Se práctico necropsia?	
	18.1 Fue un presunto	18.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Hogar <input type="radio"/> 1 Trabajo <input type="radio"/> 2	Si la muerte fue por homicidio señale si el presunto agresor es familiar del fallecido	
	Accidente <input checked="" type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	Via Pública <input checked="" type="radio"/> 3 Centro de Recreación <input type="radio"/> 4 Carretera <input type="radio"/> 6 Otro <input type="radio"/> 7	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9				
	18.6 ¿La defunción fue registrada en el ministerio público con el número <b>1050</b>	18.6 Autoridad que ordenó la necropsia	<b>Agente del ministerio público</b>		
	18.8 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que produjo la lesión: <b>Fue atropellado por un automóvil al cruzar una avenida</b>				
	18.9 En caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: <b>Av. Revolución, entre Martí y Progreso, Col Escandón, Del. Miguel Hidalgo, México, D.F.</b>				

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

CERTIFICADO DE MUERTE FETAL



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

modelo 2003

FOLIO DE CAPTURA

0300000

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

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

Main form containing sections: DEL FALLECIDO (1-11), DE LA DEFUNCIÓN (12-15), MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS (16-19), DEL CERTIFICANTE (20-21), and DEL REGISTRO CIVIL (22-24). Includes fields for name, date of birth, cause of death, and registration details.

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

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

### INSTRUCCIONES GENERALES:

- El certificado de defunción debe ser expedido por médico, de preferencia el tratante. En los lugares donde no haya médico con los requisitos señalados, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la SSA, o por las autoridades civiles locales de donde ocurrió la defunción.
- Para el llenado de este certificado auxiliarse con la información proporcionada por algún pariente o conocido del fallecido. En los hospitales, con la historia clínica del paciente.
- **Utilice letra de molde clara y legible. No use abreviaturas.**
- Marque con una X el círculo correspondiente a cada respuesta. Marque una sola opción, excepto en el apartado de derechohabiente, en donde puede marcar más de una respuesta; entendiendo por derechohabiente a la persona que tiene derecho a recibir prestaciones en dinero y/o en especie de una institución de seguridad social.
- Para las respuestas que se deben anotar con número (fecha, hora), use números arábigos.
- En las variables fecha de nacimiento, defunción y registro anote claramente los 4 dígitos del año.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.
- **Este certificado deberá 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.**

### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1.1** Anote el número de afiliación en caso de que el fallecido sea beneficiario de alguna institución de seguridad social.
- 4. EDAD.** Si el fallecido tenía un año o más de edad, anótelos en los tres primeros espacios en años cumplidos. Ejemplos: fallecido de 102 años 1 01 2 AÑOS; fallecido de 63 años 01 6 3 AÑOS; fallecido de 5 años 01 01 5 AÑOS. Si el fallecido tenía menos de un año de edad, utilice únicamente los espacios que correspondan, anotando también meses, días u horas cumplidas. Ejemplos: fallecido de 7 meses 01 7 MESES; fallecido de 2 días 01 2 fallecido de 22 horas 21 2 HORAS. Cuando el fallecido sea menor de una hora, anótese en estos espacios 0 1 0 HORAS. En el espacio se ignora   , marque con X sólo si después de agotar todos los recursos no se puede determinar la edad del fallecido.
- 6. ESTADO CONYUGAL.** 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.
- 7. RESIDENCIA HABITUAL.** Escriba el lugar donde de manera permanente el fallecido residió durante los últimos seis meses, exceptuando los períodos largos de hospitalización. En el rubro 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.
- 8. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote el oficio o trabajo que realizaba el fallecido. Se refiere a la ocupación que desempeñó por más tiempo; si no trabajaba, mencione a qué se dedicaba (si era rentista, jubilado, estudiante o ama de casa).
- 9. ESCOLARIDAD.** Marque con una X una sola respuesta, según sea el nivel máximo de estudios aprobados por el fallecido.
- 14. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote con números arábigos el año (los cuatro dígitos), el mes, el día y la hora de ocurrencia. 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: 17:30  
HORA
- 16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte.
- 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:
- |           |                           |        |
|-----------|---------------------------|--------|
| <b>I</b>  | a) Peritonitis            | 2 días |
|           | b) Perforación de duodeno | 4 días |
|           | c) Úlcera duodenal        | 3 años |
|           | d)                        |        |
| <b>II</b> | Hipertensión arterial     | 5 años |
- 17.1** Si la defunción corresponde al sexo femenino, marcar con una x si estuvo **embarazada o en período puerperal** durante los 42 días antes de la muerte o los 11 meses antes de la muerte.
- 17.2** Si esta defunción tuvo o no relación o fue o **no complicación del embarazo, parto o puerperio** marque el círculo correspondiente.
- 18.3 Lugar donde ocurrió la lesión.** Marque con X el lugar donde ocurrió la lesión o traumatismo que ocasionó la muerte violenta. Ésta puede ser diferente del sitio donde ocurrió la defunción.
- 18.4 Violencia familiar.** Si la muerte fue por homicidio, Marque con una X en el círculo correspondiente si el presunto agresor es un miembro de la familia, con el que mantiene (o ha mantenido) una relación de convivencia o parentesco.
- 18.8** Precise las circunstancias que originaron la lesión que causó la muerte. Ejemplo: caída de la escalera, colisión de vehículos de motor, sofocación por bolsa de plástico, etc. Para el caso de violencia familiar describa el parentesco del presunto responsable con el fallecido (padre, madrastra, concubina, esposo...)
- 18.9 Domicilio donde ocurrió la lesión.** Anote la calle o avenida, entre qué calles, nombre de la colonia, del municipio o delegación y de la entidad federativa. Evite anotar domicilio conocido.

### INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO CIVIL:

Señor Juez u Oficial del Registro Civil: Anote en el espacio correspondiente los datos que se solicitan relativos al registro de la defunción y la CURP. Entregue las copias del certificado según se señala en cada una de ellas.





# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

modelo 2001  
FOLIO DE CAPTURA

0963951

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, LEASE 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 INDETERMINADO <input type="radio"/> 3	2. EDAD GESTACIONAL _____ (SEMANAS)	3. PESO _____ (GRAMOS)	4. DE UN EMBARAZO UNICO <input type="radio"/> 1 GEMELAR <input type="radio"/> 2 3 Y MÁS <input type="radio"/> 3	5. RECIBIO ATENCION PERINATAL SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2
	6. ESTE EMBARAZO FUE: NOMAL <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 EXPULSION O EXTRACCION: _____ DÍA MES AÑO HORA		
	9. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA EXPULSION O EXTRACCION: _____ CALLE, NÚMERO Y COLONIA LOCALIDAD 9.1 _____ 9.2 _____ MUNICIPIO O DELEGACIÓN ENTIDAD FEDERATIVA				
10. SITIO UNIDAD MEDICA <input type="radio"/> 1 HOGAR <input type="radio"/> 2 OTRO <input type="radio"/> 3		10.1 ¿ QUIEN ATENDIÓ LA EXPULSION O EXTRACCION ? MEDICO <input type="radio"/> 1 ENFERMERA <input type="radio"/> 2 EMPÍRICA <input type="radio"/> 3 OTRO <input type="radio"/> 4			
11. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE: ESPONTÁNEO <input type="radio"/> 1 PROVOCADO <input type="radio"/> 2 TERAPEUTICO <input type="radio"/> 3 SE IGNORA <input type="radio"/> 9		12. SI SE TRATA DE UN PARTO ESTE FUE: NORMAL <input type="radio"/> 1 COMPLICADO <input type="radio"/> 2 SE IGNORA <input type="radio"/> 9		13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSION O EXTRACCION: CESAREA <input type="radio"/> 1 FORCEPS <input type="radio"/> 2 LEGRADO <input type="radio"/> 3 OTRO <input type="radio"/> 4 NINGUNO <input type="radio"/> 5	

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	14. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL ANOTE SOLAMENTE UNA CAUSA EN CADA RENGLÓN a), b) ó c)		ESPECIFIQUE SI LA CAUSA FUE:	
			FETAL	MATERNA
PARTE I CONDICION 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.) ANOTANDO EN ÚLTIMO LUGAR LA CAUSA PRIMARIA		b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE):		
PARTE II OTRAS CONDICIONES DEL FETO O DE LA MADRE QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADAS CON LAS CAUSAS DE a), b) ó c)		c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE):		

DATOS DE LA MADRE	15. NOMBRE _____ NOMBRE (S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO		16. EDAD _____ AÑOS	
	17. ESTADO CIVIL: SOLTERA <input type="radio"/> 1 CASADA <input type="radio"/> 2 UNIÓN LIBRE <input type="radio"/> 3 SEPARADA <input type="radio"/> 4 DIVORCIADA <input type="radio"/> 5 VIUDA <input type="radio"/> 6 SE IGNORA <input type="radio"/> 9			
	18. RESIDENCIA HABITUAL: (ANOTE EL DOMICILIO PERMANENTE DONDE VIVE LA MADRE) _____ CALLE, NÚMERO Y COLONIA LOCALIDAD 18.1 _____ 18.2 _____ 18.3 _____ MUNICIPIO O DELEGACIÓN ENTIDAD FEDERATIVA			
	19. OCUPACION HABITUAL: _____ EJEMPLO: SECRETARIA, DENTISTA, HOGAR, ETC.		20. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE TUVO: 20.1 NACIDOS VIVOS _____ 20.2 NACIDOS MUERTOS _____ (NUMERO) (NUMERO)	
21. ESCOLARIDAD: NINGUNA <input type="radio"/> 1 MENOS DE 3 AÑOS DE PRIMARIA <input type="radio"/> 2 3 A 5 AÑOS DE PRIMARIA <input type="radio"/> 3 PRIMARIA COMPLETA <input type="radio"/> 4 SECUNDARIA O EQUIVALENTE <input type="radio"/> 5 PREPARATORIA O EQUIVALENTE <input type="radio"/> 6 PROFESIONAL <input type="radio"/> 7 SE IGNORA <input type="radio"/> 9		22. DERECHOAHIBIENTE: NINGUNA <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 FUERZAS ARMADAS <input type="radio"/> 5 OTRA <input type="radio"/> 6 SE IGNORA <input type="radio"/> 9		

DATOS DEL PADRE	23. NOMBRE _____ NOMBRE (S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO		24. EDAD _____ AÑOS	25. OCUPACION HABITUAL _____ EJEM. ALBAÑIL, CARPINTERO, ETC.
-----------------	--	--	---------------------------	--

DATOS DEL CERTIFICANTE	26. CERTIFICADA POR: MÉDICO TRATANTE <input type="radio"/> 1 ENFERMERA <input type="radio"/> 2 MÉDICO LEGISTA <input type="radio"/> 3 OTRO MÉDICO <input type="radio"/> 4 NO MÉDICO <input type="radio"/> 5		26.1 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: CÉDULA DE LA DGP NÚM. _____
	26.2 SI EL CERTIFICANTE NO ES MÉDICO INDIQUE: PERSONA AUTORIZADA POR SSA <input type="radio"/> 1 AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/> 2 OTRO <input type="radio"/> 3		26.3 NOMBRE Y FIRMA DEL CERTIFICANTE _____
	26.4 DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE _____		

DEL INF.	27. NOMBRE DEL INFORMANTE _____	27.1 PARENTESCO CON EL FALLECIDO _____
----------	------------------------------------	---

DATOS DEL REGISTRO CIVIL	28. LA MUERTE FETAL FUE INSCRITA EN: _____ Localidad _____ Municipio o Delegación _____ Entidad Federativa		28.1 OFICIALIA O JUZGADO NUM. _____ DEL REGISTRO CIVIL
	28.2 FECHA DE REGISTRO _____ Día Mes Año		

REMITASE ORIGINAL AL CENTRO DE SALUD DE LA SSA

D1	_____	9
D2	_____	11
D3	_____	10
D4	_____	12
D5	_____	15
D6	_____	16
D7	_____	17
D8	_____	18
D9.1	_____	19
D9.2	_____	20
D10	_____	25
D10.1	_____	26
D11	_____	28
D12	_____	29
D13	_____	30
D14	_____	31
D16	_____	32
D17	_____	33
D18.1	_____	34
D18.2	_____	35
D18.3	_____	36
D19	_____	39
D20.1	_____	40
D20.2	_____	41
D21	_____	42
D22	_____	43
D24	_____	46
D25	_____	47
D26	_____	49
D26.2	_____	50
D28.3	_____	51
D28.4	_____	52
D28.5	_____	53
D28.2	_____	54
D28.2	_____	55
D28.2	_____	56
D28.2	_____	57
D28.2	_____	58
D28.2	_____	59
D28.2	_____	60
D28.2	_____	61
D28.2	_____	62
D28.2	_____	63
D28.2	_____	64
D28.2	_____	65
D28.2	_____	66
D28.2	_____	67
D28.2	_____	70
D28.2	_____	71
D28.2	_____	73
D28.2	_____	74
D28.2	_____	75
D28.2	_____	76
D28.2	_____	81

## INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACION DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

**DEFUNCION 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, después de tal separación, el feto no respira ni muestra algún signo de vida, tales como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios.

### INSTRUCCIONES GENERALES

- El certificado de muerte fetal debe ser expedido por 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 SSA, o por las autoridades civiles locales de donde ocurrió la muerte fetal.
- Para el llenado de este certificado, auxiliarse con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Utilice letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.
- Marque con X sobre el círculo correspondiente a cada respuesta.
- Marque una sola opción, excepto en Derechohabiente (22) donde puede marcar más de una respuesta. Se entiende por derechohabiente la persona que tiene derecho a recibir prestaciones en dinero o en especie de una institución de seguridad social.
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos.
- Este certificado deberá llenarse en original y dos copias.

### INSTRUCCIONES ESPECIFICAS

2. **EDAD GESTACIONAL:** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas, contando a partir de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.

EJEMPLO: Si el producto tenía 19 semanas, anote 19.

5. **ATENCION PRENATAL:** Marque si la embarazada recibió cuidados a la salud, previos al parto, ya sean por médico, partera o cualquier otro auxiliar.

6. **EMBARAZO COMPLICADO:** Se refiere a embarazos que evolucionaron con alteración en la salud, ya sea de la madre o del producto, y que requieren de atención médica para su solución.

8. **FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN:** Anote con números arábigos el año (los dos últimos dígitos), el mes, día, hora y minutos de ocurrencia. Para anotar la hora, use la escala de 01 al 24. Escriba también minutos.

EJEMPLO: Si ocurrió a las cuatro de la tarde, anote 16 hrs. 00 min.

9. **LUGAR DE OCURRENCIA:** El lugar donde sucedió la expulsión o extracción del producto; éste puede ser diferente al lugar de residencia habitual de la madre. (Ver 18).

11. **SI SE TRATA DE UN ABORTO, ESTE FUE:** Se entiende por un aborto la expulsión o extracción completa del claustro materno de un feto o embrión de menos de 20 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.

12. **SI SE TRATA DE UN PARTO, ESTE FUE:** Se entiende por un parto la expulsión o extracción del producto de la concepción cuando éste es de 20 semanas o más de gestación.

14. **CAUSAS DE LA MUERTE FETAL:** Anote una sola causa en cada renglón sin omitir marcar en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida al feto o a la madre.

**PARTE I.** Anote en a) la condición fetal o materna que causó la muerte directamente. Si fue debida a una causa antecedente asiente ésta en b), y si a su vez ésta fue debida u 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) d).

EJEMPLO: I. a) Sífilis congénita  
b) Sífilis materna  
c)  
II. Desnutrición de la madre

17. **ESTADO CIVIL:** Es la situación de las personas de 12 años y más, en relación con las leyes o costumbres matrimoniales del lugar. Por lo tanto se incluye tanto situaciones de derecho como de hecho.

18. **RESIDENCIA HABITUAL:** Escriba el lugar donde tuvo su domicilio de manera permanente la madre durante los últimos seis meses, exceptuando los períodos 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.

19. **OCUPACION:** Anote el oficio o trabajo que desempeña habitualmente la madre, precisando lo que hace en su trabajo; si no trabaja mencione a que se dedica. Ejemplo: el hogar, estudiante, rentista, jubilada.

20. **EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE TUVO:** Del total de embarazos tenidos por la madre anote cuántos hijos nacieron vivos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no, y cuántos nacieron muertos.

21. **ESCOLARIDAD:** Marque con una X una sola respuesta, según sea el nivel máximo de estudios aprobados.

### INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO CIVIL

Anote en el espacio correspondiente los datos que se solicitan, relativos al registro de la muerte fetal. Señor Juez u Oficial del Registro Civil, envíe las copias del certificado, según se señala en cada una de ellas.

Centro Mexicano para la Clasificación  
de Enfermedades (CEMECE)

## DIRECTORIO

---

**Dirección General de Información  
y Evaluación del Desempeño, SSA**

Tel. 5514-1639

lmtorres@mail.ssa.gob.mx

jlara@mail.ssa.gob.mx

asantillan@mail.ssa.gob.mx

---

**Dirección General  
de Epidemiología, SSA**

Tel. 5593-9771 ext. 214

lpatricia@epi.org.mx

---

**Coordinación de Atención  
Médica del IMSS**

Tel. 5286-3135

cp1dim06@avantel.net

---

**Coordinación Médica de Atención  
del IMSS Oportunidades**

piscome2@imss.gob.mx

bernard.mentado@imss.gob.mx

---

**Jefatura de Servicios de Estadística  
Institucional del ISSSTE**

Tels. 5134-2830, 5134-2817 (Fax)

aquinonez@issste.gob.mx

---

**Servicios Médicos de PEMEX**

dgarcia@sm.pemex.com

---

**Dirección General de Sanidad Militar**

arnol122@yahoo.com.mx

---

**Dirección General de Sanidad Naval**

maxr65@hotmail.com

---

**Instituto Nacional de Estadística,  
Geografía e Informática (INEGI)**

causadef@dge.inegi.gob.mx



SECRETARÍA DE  
SALUD

SALUD

COORDINACIÓN GENERAL  
DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN  
Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO