



Salud

**CENTRO MEXICANO
PARA LA CLASIFICACIÓN
DE ENFERMEDADES**



GUIA

PARA EL LLENADO
DEL CERTIFICADO DE
DEFUNCIÓN Y DEL
CERTIFICADO DE
MUERTE FETAL

Edición 2004



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	6
Objetivo	7
Instrucciones	7
Descripción del Certificado de Defunción	8
Causas de la defunción	17
Instrucciones para registrar las causas de defunción	18
Ejemplos de certificación de las defunciones	22
Recomendaciones generales para el llenado del certificado	26
Ejercicios de certificación de las defunciones	27
Certificación de las Muertes Fetales	31
Ejemplos de certificación de causas de muerte fetal	33
Respuestas a las evaluaciones y ejercicios	35
Certificado de defunción	39
Certificado de muerte fetal	41
Directorio del CEMECE	43

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 estos 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 aquella 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 en relación con el 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 persisten 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.

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

Los problemas de registro pueden tener repercusiones en alguno 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 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 caso 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 impreso al reverso.

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, estos 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.

DATOS DEL FALLECIDO

(Variables 1 a 12)

Se refiere a toda la información necesaria para identificar las características de la persona a quien corresponde el certificado. Note que debe registrar primero el nombre y luego los apellidos (1) de la persona que falleció los cuales deben ser escritos de manera correcta y clara. Un motivo frecuente de cancelación del certificado es el haber anotado primero los apellidos del fallecido.

También es importante el registro de las condiciones sociodemográficas del fallecido las cuales contribuyen al análisis epidemiológico de la mortalidad, estos datos incluyen: SEXO (2), NACIONALIDAD (3), FECHA DE NACIMIENTO (4), EDAD CUMPLIDA (5) en la que ahora incorpora la anotación del peso (5.1) si el fallecido era menor de un día de edad. Se incluye también la opción para la edad desconocida cuando no se pueda calcular la edad. Cuando se marca esta opción deben anotarse nueves en la casilla respectiva; se anota 99 cuando se ignora la edad exacta pero se sabe que es menor de un día, un mes o un año, y 999 si tenía más de un año de vida.

Cada vez un mayor número de personas cuenta con la Clave Única de Registro de Población (CURP) (6) por lo que este dato deberá solicitarse a los familiares cuando esté disponible. Para el ESTADO CIVIL (7) como en otras variables precodificadas debe marcarse la opción respectiva, tomando en cuenta que en el caso de menores de 12 años se marcarán como solteros (a menos que ocurriera lo contrario).

1. NOMBRE DEL FALLECIDO			
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 Especifique _____	4. FECHA DE NACIMIENTO _____ _____ _____ _____ _____ _____ Día Mes Año
5. EDAD CUMPLIDA Para menores de un día _____ Horas 5.1 PESO _____ Gramos		Para menores de un mes _____ Días	Para menores de un año _____ Meses
		Para personas de un año o más _____ Años cumplidos	Desconocida <input type="radio"/> Consulte el instructivo de llenado
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			

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 DERECHOHABIENCIA (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 AFILIACION (12) cuando así corresponda y si fuera derechohabiente de más de una se dará preferencia al número de afiliación de la institución de la que recibió la atención durante la última enfermedad.

Una diferencia importante respecto a los certificados de años anteriores es acerca de la información sobre si ¿SE PRACTICO 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	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
	Otra unidad pública <input type="radio"/> 6	SECMAR <input type="radio"/> 7	Unidad Médica 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	15.1 HORA DE LA DEFUNCIÓN	16. ¿TUVO ATENCIÓN ANTES DE LA MUERTE?	17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
Día Mes Año	Horas Minutos		

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. Sin embargo 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	(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir- ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	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) _____	_____	_____
PARTE II			
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo 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.

<p>19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</p> <p>Espacio para código CIE 10</p> <p>_____</p>	<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 43 días a 11 meses No estuvo embarazada durante después del parto los 11 meses previos a la o aborto <input type="radio"/> 4 muerte <input type="radio"/> 5</p>	<p>21. ¿LAS CAUSA ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p>	<p>22. ¿LAS CAUSA ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p>
---	--	--	---

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).

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 OFICINA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____	30. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO 30.1 Localidad _____
29.1 Acta Núm. _____	30.2 Municipio _____
	30.3 Entidad _____
	30.4 Día _____ Mes _____ Año _____

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 certificador 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?

MODELO INTERNACIONAL DE LAS CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir- ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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) _____	_____
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>		
PARTE II		
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	_____	_____
	_____	_____

INSTRUCCIONES PARA REGISTRAR LAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN

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 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.

Variables 20 a 22

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 No estuvo embarazada durante después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 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
--	--	--

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).

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

de defunción anotadas. La opción del círculo 5 debe marcarse con X cuando la mujer 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 la parte 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		23.3 Lugar donde ocurrió la lesión			23.4 Violencia familiar		
23.1 Fue un presunto		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Escuela u oficina pública			
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Institución residencial <input type="radio"/> 1	Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9		Áreas deportivas <input type="radio"/> 3	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
				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	
23.5 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. 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:

Parte I	Intervalo
a) <u>Hemorragia cerebral</u> Debido a (o como consecuencia de)	<u>1 día</u>
b) <u>Hipertensión arterial</u> Debido a (o como consecuencia de)	<u>8 meses</u>
c) <u>Insuficiencia renal crónica</u> Debido a (o como consecuencia de)	<u>1 año</u>
d) <u>Pielonefritis crónica</u>	<u>8 años</u>
<hr/>	
Parte II	
<u>Cáncer de mama</u>	<u>1 año</u>
_____	_____

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

Parte I	Intervalo
a) <u>Infarto transmural agudo del miocardio de pared inferior</u> Debido a (o como consecuencia de)	<u>20 min</u>
b) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
c) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
d) _____	_____

Parte II	
_____	_____
_____	_____

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

Parte I	Intervalo
a) <u>Hemorragia cerebral</u> Debido a (o como consecuencia de)	<u>12 hrs</u>
b) <u>Eclampsia</u> Debido a (o como consecuencia de)	<u>1 día</u>
c) <u>Preeclampsia severa</u> Debido a (o como consecuencia de)	<u>1 semana</u>
d) _____	_____

Parte II	
_____	_____
_____	_____

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

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

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

Parte I	Intervalo
a) <u>Estado de coma</u>	<u>1 día</u>
Debido a (o como consecuencia de)	
b) <u>Fractura de cráneo</u>	<u>2 días</u>
Debido a (o como consecuencia de)	
c) <u>Golpe en la cabeza contra borde de la alberca</u>	
Debido a (o como consecuencia de)	
d) <u>al sufrir caída en su mismo nivel</u>	<u>2 días</u>
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 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		23.3 Lugar donde ocurrió la lesión		23.4 Violencia familiar	
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? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input checked="" type="radio"/> 0 Áreas deportivas <input type="radio"/> 3 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6	Institución residencial <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 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	Si <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 <p style="text-align: center;">10,801</p>		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <p style="text-align: center;"><i>Al estar haciendo ejercicio, resbaló y se golpeó la cabeza en el borde de la alberca de su domicilio</i></p>			
23.7. 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. Padecía 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

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

Parte II _____

La causa que inició la cadena de acontecimientos que llevaron a 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 ocurrió el paro cardiorrespiratorio. El antecedente de colelitiasis 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), teléfonos 5514-5238, 5514-1964 extensiones 1108 a 1111 o a través de la página electrónica de la SSA vía internet www.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

Parte I	Intervalo
a) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
b) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
c) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
d) _____	_____
Parte II _____	_____

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 Otro <input type="radio"/> ₈ Se ignora <input type="radio"/> ₉	23.4 Violencia familiar 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. 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. 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 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

Parte I	Intervalo
a) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
b) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
c) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
d) _____	_____
Parte II _____	_____

20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3	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
--	--	---

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

Parte I	Intervalo
a) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
b) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
c) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
d) _____	_____
Parte II _____	_____

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

Parte I	Intervalo
a) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
b) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
c) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
d) _____	_____
 Parte II _____	 _____

<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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4</p> <p>El parto <input type="radio"/> 2</p> <p>El puerperio <input type="radio"/> 3</p> <p>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>
--	---	--

5. Persona del sexo masculino de 59 años, muere el 10 de febrero del 2004 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. Ocho días antes del fallecimiento fue atropellado por un automóvil al cruzar la avenida Revolución a la altura del número 530 en la Colonia Porvenir, Delegación Miguel Hidalgo, México, D. F. ocasionándole fracturas múltiples en cráneo y extremidades inferiores por lo que fue hospitalizado. El 10 de febrero presentó otro infarto agudo del miocardio y falleció.

Registro de las causas

Parte I

Intervalo

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

Parte II _____

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Lugar donde ocurrió la lesión			23.4 Violencia familiar	
23.1 Fue un presunto		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0			Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
		Áreas deportivas <input type="radio"/> 3			Se ignora <input type="radio"/> 9	
		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				
23.5 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. 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 _____				

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 certificante 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 6 partes:

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

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

Parte I	Materna	Fetal
a) <u>Asfixia fetal intrauterina</u> <small>Debido a (o como consecuencia de)</small>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
b) <u>Circular de cordón apretada a cuello</u> <small>Debido a (o como consecuencia de)</small>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
c) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parte II _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Parte I	Materna	Fetal
a) <u>Desprendimiento prematuro de placenta</u> <small>Debido a (o como consecuencia de)</small>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) <u>Preeclampsia severa</u> <small>Debido a (o como consecuencia de)</small>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parte II _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 2 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

Parte I	Materna Fetal	
a) _____ Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) _____ Debido a (o como consecuencia de)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parte II _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RESPUESTAS A LAS EVALUACIONES Y EJERCICIOS

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

- Parte I
- | | Intervalo |
|---|----------------|
| a) <u>Ruptura de várices esofágicas</u> | <u>3 días</u> |
| Debido a (o como consecuencia de) | |
| b) <u>Cirrosis hepática alcohólica</u> | <u>4 años</u> |
| Debido a (o como consecuencia de) | |
| c) <u>Alcoholismo crónico</u> | <u>45 años</u> |
| Debido a (o como consecuencia de) | |
| d) _____ | |

Parte II _____

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

- Parte I
- | | Intervalo |
|--|---------------|
| a) <u>Choque hipovolémico</u> | <u>Horas</u> |
| Debido a (o como consecuencia de) | |
| b) <u>Hemorragia uterina</u> | <u>Horas</u> |
| Debido a (o como consecuencia de) | |
| c) <u>Aborto espontáneo incompleto</u> | <u>2 días</u> |
| Debido a (o como consecuencia de) | |
| d) _____ | |

Parte II Enfermedad cardíaca reumática crónica 5 años
Hipertensión arterial 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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3	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
---	---	--

4.3 Registro correcto de las causas

- Parte I
- | | Intervalo |
|---|-----------------|
| a) <u>Septicemia</u> | <u>Horas</u> |
| Debido a (o como consecuencia de) | |
| b) <u>Perforación intestinal</u> | <u>1 día</u> |
| Debido a (o como consecuencia de) | |
| c) <u>Gastroenteritis por germen gramnegativo</u> | <u>1 semana</u> |
| Debido a (o como consecuencia de) | |
| d) _____ | |

Parte II Desnutrición de tercer grado 2 meses

4.4 Registro correcto de las causas

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

20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE El embarazo 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4	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
---	--	--

No se llenan las variables 21 y 22 porque en la variable 20 se indica que no estuvo embarazada.

4.5 Registro correcto de las causas

Parte I	Intervalo
a) <u>Infarto agudo del miocardio</u> Debido a (o como consecuencia de)	minutos
b) <u>Fracturas múltiples en cráneo y extremidades inferiores</u> Debido a (o como consecuencia de)	8 días
c) <u>Atropellado por automóvil al cruzar la avenida</u> Debido a (o como consecuencia de)	8 días
d) _____	
Parte II <u>Infarto agudo transmural laterobasal antiguo del miocardio</u>	1 año
<u>Diabetes mellitus no insulínica</u>	20 años

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 type="radio"/> 0 Institución residencial <input type="radio"/> 1 Áreas deportivas <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input checked="" 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 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 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 <p style="text-align: center;">540,307</p>	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <p style="text-align: center;">Fue atropellado por un automóvil al cruzar una avenida</p>		
23.7. En caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y Localidad o Colonia <u>Avenida Revolución 530, Colonia Porvenir</u>			
23.7.2 Municipio o Delegación <u>Delegación Miguel Hidalgo</u>		23.7.3 Entidad Federativa <u>México D. F.</u>	

EVALUACIÓN 5

Registro de las causas de muerte fetal

Parte I	Materna	Fetal
a) <u>Ruptura prematura de membranas</u> Debido a (o como consecuencia de)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) <u>Incompetencia ístmico cervical</u> Debido a (o como consecuencia de)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parte II _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2007
FOLIO

04000000

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

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA CUMPLIR LA OBLIGACIÓN DE DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO:		
Nombre: _____ Apellido P. _____ Apellido M. _____		
2. SEXO	3. NACIONALIDAD	4. FECHA DE NACIMIENTO
Hombre <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/>	Nacional <input type="radio"/> Extranjero <input type="radio"/> Expatriado <input type="radio"/>	Día _____ Mes _____ Año _____
5. EDAD CUMPLIDA	6. CUERPO DEL FALLECIDO	
Para personas de 15 años o más: _____ años _____ meses _____ días	Para personas de 15 años o más: _____ meses _____ días _____ horas _____ minutos _____ segundos	
7. ESTADO CIVIL	8. CAUSA DE DEFUNCIÓN	
Soltero(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/>	Causa: _____	
9. RESIDENCIA INDIVIDUAL (Institución o domicilio particular en el momento de fallecer)		
a. Calle y número _____		
b. Localidad o Colonia _____		
c. Municipio o Delegación _____		
d. Entidad Federativa _____		
10. OCUPACIÓN INDIVIDUAL		
Ocupación: _____		
11. EDUCACIÓN		
Nivel: _____		
12. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN _____		
13. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		
a. Tipo de lugar: Secreto <input type="radio"/> BSH <input type="radio"/> Oportunista <input type="radio"/> HHS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEDEFER <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Salgnos <input type="radio"/>		
b. Tipo de lugar: Casa particular <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>		
14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		
a. Calle y número _____		
b. Localidad o Colonia _____		
c. Municipio o Delegación _____		
d. Entidad Federativa _____		
15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN		
Día _____ Mes _____ Año _____		
16. TIPO DE DEFUNCIÓN		
Natural <input type="radio"/> No natural <input type="radio"/>		
17. ¿SE REALIZÓ EL REGISTRO?		
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		
a. Descripción de la causa: _____		
b. Descripción de la causa: _____		
c. Descripción de la causa: _____		
19. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
20. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
21. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
22. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
23. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
24. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
25. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
26. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
27. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
28. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
29. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
30. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
31. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
32. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
33. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
34. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
35. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
36. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
37. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
38. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
39. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
40. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
41. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
42. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
43. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
44. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
45. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
46. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
47. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
48. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
49. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
50. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL CUERPO?		
a. Intacto <input type="radio"/> Desmenuzado <input type="radio"/> Quemado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		

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

1. **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.
5. **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 | 0 | 5 | AÑOS; fallecido(a) de 22 horas: 2 | 2 | HORAS; fallecido(a) de 28 días: 2 | 8 | DÍAS; fallecido(a) de 7 meses: 0 | 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 si se conoce que vivió HORAS, DÍAS, MESES o AÑOS, LLENE CON 99 la categoría de edad que corresponda.
- 5.1 **Peso.** Para el caso de los menores de un día especifique el peso en gramos.
6. **CURP DEL FALLECIDO(A).** Esta información es de vital importancia para las posteriores gestiones de registro de la información. Solicite a los dueños dicha información y cuide su correcto llenado.
7. **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).
8. **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 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.
9. **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.
10. **ESCOLARIDAD.** Marque con una X una sola respuesta, según sea el nivel máximo de estudios aprobados por el fallecido(a).
11. **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.
12. **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. Auxiliarse 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.
- 13.1 **Nombre de la unidad médica.** En caso de que la defunción haya ocurrido en una unidad médica pública o privada, anote el nombre.
15. **FECHA.** Anote con números arábigos el año (los cuatro dígitos), el mes, el día y la hora de ocurrencia.
- 15.1 **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	5	30	0
---	---	----	---
17. **SE PRÁCTICÓ 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.
18. **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, infórmelas 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
19. **CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN.** No anote nada en este espacio.
20. **SILA 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 4), contestar las preguntas 21 y 22.
- 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.
23. **SILA MUERTE FUE ACIDENTAL O VIOLENTA.** De 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.
- 23.3 **Lugar donde ocurrió la lesión.** Especifique la opción correspondiente dado que ésta puede ser diferente a la del sitio donde ocurrió la defunción.
- 23.4 **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.
- 23.6 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, sofocado 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...).
- 23.7 **Domicilio donde ocurrió la lesión.** Anote la calle o avenida, entre que calles, nombre de la colonia, número de kilómetro, nombre de la carretera o camino, del municipio o del gobierno de la entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
27. **Datos del certificador.** El certificador no debe omitir ningún dato que lo identifique. La firma de la persona que certifica es de carácter obligatorio.



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

Modelo 267
FOUO

04000000

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

UNIDAD DEL PRODUCTO DEL EMBRIÓN O DEL FETO	1. SEXO Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Desconocido <input type="radio"/> 3	2. E.C.N. GESTACIONAL Semana _____	3. PESO Gramos _____	7. E.C.N. EMBRIONARIO Unico <input type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Trizigoto <input type="radio"/> 3	5. RECIBO AUTÓGRFO RECIBITAL Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	6. ESTADO DE LA FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complejo <input type="radio"/> 2	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Desatipado <input type="radio"/> 1 Desatipado <input type="radio"/> 2	7. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minuto _____			
	6. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN					
	8.1 Calle y número _____ 8.2 Localidad o Cabecera _____ 8.3 Municipio Delegación _____ 8.4 Entidad Federativa _____					
CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	10. LUGAR DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSA Operaciones <input type="radio"/> 2 ISSA <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PHEX <input type="radio"/> 5 SENER <input type="radio"/> 6 SECHER <input type="radio"/> 7 Otra clínica pública <input type="radio"/> 8 Clínica México <input type="radio"/> 9 10.1 Nombre de la clínica pública _____ Pagar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 12				16. CATEGORÍA DE LA MUERTE FETAL Específica <input type="radio"/> 1 General <input type="radio"/> 2	
	11. CÓMO SE TRATA 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"/> 5	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"/> 4	13. SI SE TRATA DE UN PARTO, ¿ESTE FUE? Normal <input type="radio"/> 1 Complejo <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	14. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Cesario <input type="radio"/> 1 Forcepe <input type="radio"/> 2 Logrozo <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Ninguno <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 6		
	15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. NOTE SOLAMENTE UNA CAUSA O MÁS (ENGLOR.) 1, 2, 3, 4				16. CATEGORÍA DE LA MUERTE FETAL Específica <input type="radio"/> 1 General <input type="radio"/> 2	
	PARTE I Condición fetal o materna que contribuyó a la muerte Condición fetal o materna que contribuyó a la muerte pero no es la causa principal (a, b, c, d) PARTE II Otra condición fetal o materna que contribuyó a la muerte pero no es la causa principal (a, b, c, d)				Especificar la causa fetal MATERIA FETAL U <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 B <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 C <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 D <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
DATOS DE LA MADRE	17. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____				18. E.C.N. Edad _____	
	19. ESTADO CIVIL Soltera <input type="radio"/> 1 Divorciada <input type="radio"/> 2 Viuda <input type="radio"/> 3 Desconoce <input type="radio"/> 4 Casada <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 6					
	20. RESIDENCIA HABITUAL (no incluya domicilio permanente si no es el hogar)					
	20.1 Calle y número _____ 20.2 Localidad o Cabecera _____ 20.3 Municipio Delegación _____ 20.4 Entidad Federativa _____					
	21. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta (de 1 a 5 años) <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 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 8					
	22. SITUACIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PHEX <input type="radio"/> 4 SENER <input type="radio"/> 5 SECHER <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 DE AFILIACIÓN _____ Se ignora <input type="radio"/> 10					
LUGAR DEL CERTIFICANTE	24. OCUPACIÓN HABITUAL		25. D. LOG EMBRIONARIO INTERIORES Y ESTE TUVO 25.1 Nucleos vivos (transmisión): _____ 25.2 Nucleos muertos (transmisión): _____		26. CORRELACIÓN DE LA MUERTE CON EL PARTO O ABORTO Vivo <input type="radio"/> 1 Faltó <input type="radio"/> 2 Inclusión de datos en el reverso	
	27. DATOS DEL INFORMANTE 27.1 Nombre _____		27.2. Pertenencia con el fideicomiso: _____			
	28. DATOS DEL CERTIFICANTE 28.1 Nombre y firma _____		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
UNIDAD DEL CERTIFICANTE	29. EL CERTIFICANTE ES Médico <input type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 2 Médico legista <input type="radio"/> 3 Partera autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Desconoce <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6				30. EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Nombre completo profesional _____	
	30. DATOS DEL CERTIFICANTE 30.1 Nombre y firma _____				31. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	

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

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 llenarse 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, auxilíese 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 información 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: [014|5|0] Gramos, si pesa 1300 gramos: [13|0|0] Gramos. Evite expresar el peso en otra unidad de medida (1kg. = 1000 gramos)
5. **RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL.** Marque si la embarazada recibió cuidados a la salud previos al parto, ya sea 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 chusto materno de un feto o embrión de menos de 21 semanas de gestación, pudiendo ser:
Spontáneo: 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 "X" 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. Destrucción 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 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.
21. **ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" una sola opción, según sea el nivel máximo de estudios aprobados.
22. **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.
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. Auxilíese 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.

Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE)

DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dirección General de Información en Salud

Tel. 5514-6110, 5514-5964 ext. 1108-1111

rlozano@salud.gob.mx; asuarez@salud.gob.mx; lmorres@salud.gob.mx;
redmexmx@yahoo.com; jlara@salud.gob.mx; asantillan@salud.gob.mx;

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Tel. 5740 0683 anavarro@salud.gob.mx

Dirección General de Epidemiología

Tel. 5593-9771 ext. 214 pmurgia@dgepi.salud.gob.mx; lanaya@dgepi.salud.gob.mx;

Instituto Mexicano del Seguro Social

División Técnica de Información Estadística en Salud

Tel. 5726-1764 y 5286-3135

Sonia.fernandez@imss.gob.mx; humberto.rocha@imss.gob.mx;
liborio.sandoval@imss.gob.mx

IMSS Oportunidades

Coordinación de Atención Médica y División de Planeación y Evaluación

Tel. 5525-1557 y 5525-1281

bernardo.mentado@imss.gob.mx; jorge.pretelin@imss.gob.mx

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Subdirección General de Finanzas y Jefatura de Servicios de Estadística

Institucional

Tel. 5140-9617 y 5134-2830

aquinonez@issste.gob.mx; hmorales@issste.gob.mx; mm@issste.gob.mx;
pedromejiagutierrez@yahoo.com.mx

Petróleos Mexicanos

Subgerencia de Prevención Médica

Tel. 1944-2500 ext. 22926 dgarcia@sm.pemex.com; jrendon@sm.pemex.com

Secretaría de la Defensa Nacional

Dirección General de Sanidad Militar

Te. 5226-5911 ext. 5766 dgsanidad@mail.sedena.gob.mx

Secretaría de Marina

Dirección General Adjunta de Sanidad Naval

Tel. 5624-6500 ext. 7562 y 7567 maxr65@hotmail.com

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)

Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales

Tel. 0144991 053 00 y 0144991 043 00 ext. 5073 alfonso.diez@inegi.gob.mx