

Curso virtual sobre el correcto llenado del Certificado de Defunción

2013

RELAC SIS
RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE
PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS
SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD

PUBLICACIONES DE LA RED

01

Curso virtual sobre el correcto llenado del Certificado de Defunción. 2013

RELAC SIS

RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE
PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS
SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



MEASURE
Evaluation



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación
Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)



Catalogación en la Fuente

Organización Panamericana de la Salud.

Curso virtual sobre el correcto llenado del Certificado de Defunción.

Washington: OPS, 2014.

1. Certificado de Defunción. 2. Causas de Muerte. 3. Educación a Distancia. 4. Instrucción por medios virtuales. 5. América Latina. 6 Región del Caribe. I. Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACIS) II. Centro Mexicano de Clasificación de Enfermedades y Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE). III. Centro Argentino de Clasificación de Enfermedades (CACE) de la República Argentina. IV. Unidad de Información Nacional de Salud del Uruguay (UINS). V. Título. Curso virtual sobre el correcto llenado del Certificado de Defunción.

ISBN: (Clasificación NLM: WA110)

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a la Unidad de Comunicaciones (CMU), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (www.paho.org/publications/copyright-forms). La Unidad de Información y Análisis de Salud (HA) del Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud (CHA)- 525, 23th Street. (NW) Washington, DC 20037. Email: healthanalysis@paho.org

Campus Virtual de la OPS: <http://cursospaises.campusvirtualsp.org/> podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2014. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID bajo los términos del Grant No. LAC-G-00-07-00001-00; la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional CIDA-Canadá y MEASURE-Evaluation. Las opiniones expresadas corresponden a Unidad de Información y Análisis de Salud (HA) del Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud (CHA) y no reflejan necesariamente el punto de vista de las agencias cooperantes.

Presentación

Este Curso ha sido desarrollado por la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELAC SIS), en alianza de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y MEASURE-Evaluation, con el Centro Mexicano de Clasificación de Enfermedades y Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE), con el Centro Argentino de Clasificación de Enfermedades (CACE) de la República Argentina, y la Unidad de Información Nacional de Salud (UINS)-Epidemiología de la DIGESA del Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

El contenido conceptual estuvo a cargo de Danuta Rajs y Humberto Rocha y el diseño virtual a cargo de Alicia Escardó con la colaboración de Manuel Yañez.

El grupo de trabajo que elaboró la propuesta estuvo coordinado por Alejandro Giusti.

Se agradece el aporte de colegas de las diferentes instituciones en la revisión de los documentos conceptuales y el diseño virtual del curso. Asimismo a los países que aportaron documentación nacional y a la Unidad de Información y Análisis de Salud del Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud (CHA) de la OPS.

Secretariado RELAC SIS

Alejandro Giusti (OPS)

Beatriz Plaza (MEASURE/Evaluation)

Patricia Ruiz (OPS)

Responsable CEMECE

Aline Jiménez (DGIS, Secretaría de Salud, México)

Responsable CACE

Elida Marconi (DEIS, MSP, Argentina)

Responsable UINS

Giselle Tomasso (MSP, Uruguay)

Propósito y Objetivos

Propósito del curso:

- 1) Proporcionar a los países de la Región un curso virtual para la sensibilización de los médicos para el registro adecuado de las causas de muerte.
- 2) Contribuir al mejoramiento de la certificación de las defunciones y por ende, a la obtención de estadísticas de mortalidad y de causas de muerte más precisas, que apoyen la evaluación de políticas públicas y la toma de decisiones asertivas en pro de la salud de la población.

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar el curso, el alumno será capaz de:

Llenar adecuadamente un Certificado de Defunción acorde a los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud, teniendo en cuenta las normativas nacionales en la materia (legislación, plazos, responsabilidades, formato del Certificado de Defunción).

Temario del curso

07	1. Introducción
22	2. Utilidad del Certificado de Defunción
25	3. Proceso para la generación de las estadísticas de mortalidad
26	4. Definiciones y Modelo Internacional de Certificado Médico de Causas de Defunción
40	5. Decálogo para la certificación
76	Bibliografía

Preámbulo

Este curso es fruto del trabajo conjunto de personas que trabajamos en pro de la salud de la población en varios países de América Latina y del Caribe, así como en la Organización Panamericana de la Salud.

Hemos procurado respetar permanentemente la expresión más universal posible del idioma castellano, así como sus reglas ortográficas y gramaticales actuales, reconociendo a la vez las variaciones del mismo en los diversos ámbitos nacionales y subnacionales que conforman nuestra Región.

En beneficio de la fluidez de lectura y anteponiendo la facilitación de la comprensión del tema, no hemos mencionado a las personas fallecidas ni a los profesionales involucrados en la certificación de la defunción identificando su género, en el entendido de que el enfoque de género es parte integrante de nuestro trabajo. De aquí que cuando mencionemos al “médico”, al “fallecido”, al “familiar o deudo”, al “informante”, los lectores deben entender que nos referimos tanto a los médicos como a las médicas, a los fallecidos o a las fallecidas, etc.

Del mismo modo nos anima en general el espíritu de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, por lo que el hecho de que no individualicemos a todos los distintos segmentos de la población humana no implica que no reconozcamos su existencia, ni que no mantengamos permanentemente en vista sus derechos.

Los autores

1. Introducción

La certificación de la muerte de una persona representa uno de los momentos más difíciles para cualquier médico. Cuando muere una persona en el entorno de nuestro ejercicio profesional es quizá cuando somos más conscientes de que nuestra vocación consiste en una lucha constante contra este evento.

En casi todos los países una de las obligaciones del médico durante el desempeño de sus labores clínicas es la de extender un Certificado de Defunción, en caso de que haya fallecido el paciente a quien tenía en tratamiento e incluso esto le puede ser solicitado aun cuando la persona fallecida no haya sido su paciente.

Un médico que no ha tratado a un paciente, puede expedir el Certificado de Defunción si después de interrogar a los familiares y efectuar el examen físico del fallecido, está convencido de que murió por alguna enfermedad y no a consecuencia de un accidente o lesión. Esto está regulado por las leyes, normas y códigos de cada país.

Además, si el médico no fue el tratante, también puede expedir el Certificado si la persona fallecida fue atendida en la institución de salud donde labora y se dispone de información clínica suficiente del caso, ya que a veces se decide enviar al paciente a su domicilio en lugar de mantenerlo internado en el hospital cuando ya no existe alternativa terapéutica eficaz para su mejoría.

En ocasiones los médicos se rehúsan a expedir el Certificado de Defunción de una persona por las implicaciones legales que esto pueda tener. Sin embargo, si se descarta razonablemente la comisión de un delito y las leyes nacionales lo permiten, el médico no debe tener temor de llenar el Certificado con la información y los datos de la exploración efectuada.

Este rechazo a llenar el Certificado hace que con frecuencia sean médicos contratados por funerarias los que emitan los certificados de defunción, pero se ha observado que la calidad del llenado de las causas en estos casos es muy deficiente y con frecuencia las causas anotadas no corresponden a las causas reales de la muerte. A menudo esto también obedece a que tales médicos desconocen los procedimientos para el llenado correcto de las causas en el Certificado de Defunción, así como su efecto epidemiológico y estadístico.

Más que una obligación, el médico ha sido autorizado por las leyes o normas del país para certificar la muerte porque tiene los conocimientos y medios para dar fe de este hecho. Desde luego que si el médico atendió al paciente durante su última enfermedad tiene la obligación moral de expedir el Certificado de Defunción, porque le constan los hechos.

Es importante que el médico revise las disposiciones legales de su país relacionadas con la expedición de los Certificados.

Pero, conozca o no la historia clínica de la persona fallecida, lo que el médico anota en el Certificado es fundamental y debe ser lo más ajustado posible a la realidad, ya que de eso dependerá la información que nos proveen las estadísticas de mortalidad, con base en las cuales serán desarrollados los programas de salud del país y serán evaluados sus resultados.

La certificación de la defunción es un acto médico, legal y administrativo que permite, por una parte realizar la inhumación, la cremación o dar otro destino final a los restos, y por otra, hace posible conocer el perfil de las causas de muerte de una comunidad.

Como se verá más adelante, desde el punto de vista legal, el Certificado de Defunción se emite para constatar que una persona ha fallecido; no obstante su importancia como documento legal, sus usos estadístico y epidemiológico son también relevantes.

En efecto, de los Certificados de Defunción se obtienen las estadísticas oficiales de mortalidad del país, incluyendo las de causas de muerte, que sirven de fundamento para la toma de decisiones de diversos sectores y actividades como Salud, Demografía, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Hacienda, Defensa, Justicia, Seguros Privados y otros.

De aquí la importancia de la contribución del médico al correcto registro de las causas de muerte, que garantizará mejor que cualquier otro factor la calidad de las estadísticas de mortalidad, evitando así la adopción de decisiones erróneas o insuficientes en todos los campos de la actividad del Estado y de la economía en general, pero primordialmente en el de la Salud. Ningún otro sector utiliza los datos de mortalidad y de causas de muerte con la extensión y con la frecuencia con que lo hace el sector de la Salud.

La certificación de una defunción no es sólo un trámite más a realizar por parte del médico. Es una oportunidad para dejar testimonio de la muerte de una persona en cuanto a las causas que la provocaron y a los factores sociodemográficos y de salud asociados a ella, que sirven para evaluar la situación de salud y prevenir muertes a edades tempranas.

Por ello la información captada a través del Certificado debe ser lo más aproximada a la realidad. El mismo cuidado que se tiene para anotar las causas de defunción debe tenerse para las demás variables sociodemográficas, ya que los errores en cualquiera de ellas puede causar problemas legales a los deudos, y en el caso de las causas de muerte, pueden dar una idea equivocada de la situación de salud y comportamiento de las enfermedades en la población, así como tener un efecto adverso en la implementación de políticas y programas de salud.

Las estadísticas de mortalidad son hasta ahora las más usadas para evaluar la situación de salud y la definición de políticas de salud en los países por su mayor cobertura y confiabilidad, pero si esta última está afectada por errores en el registro de las causas de muerte, no serán de gran ayuda.

Se debe considerar también que los médicos reciben una capacitación insuficiente sobre el llenado correcto del Certificado de Defunción durante su formación profesional. Con frecuencia elaboran mal los certificados, al ser enseñados por otros médicos que también desconocen el correcto llenado, sin supervisión ni revisión periódica por parte de algún profesional con conocimiento de la materia, con lo cual se perpetúa la errónea certificación de las muertes.

Por otra parte no es frecuente que en las sesiones clínicas de los hospitales se analice y se critique el llenado del Certificado de Defunción, a fin de que los médicos adquieran experiencia al respecto.

A continuación se enumera algunos factores que inciden en la calidad del registro de la información que realiza el médico:¹

- Desconocimiento del médico de la forma en que debe anotar las causas de defunción en el Certificado y de los conceptos de causa directa, causas intervinientes, causa básica de defunción y causas contribuyentes.
- Falta de difusión a los médicos sobre los usos que se hace de la información que se obtiene de los Certificados de Defunción.
- Desconocimiento de la importancia que tiene describir con la mayor especificidad cada una de las causas que provocaron la muerte, que son usadas para la elaboración de las estadísticas de mortalidad.

- Disponibilidad parcial de información sobre las enfermedades y complicaciones que provocaron la muerte, ya sea en el expediente clínico (o Historia Clínica) o por desconocimiento por parte del informante.
- Dificultades para comprender cómo determinar la causa directa o inmediata, las causas intervinientes y la causa básica de la defunción (ver Sección 4. Definiciones y Modelo Internacional de Certificado Médico de Causas de Defunción), especialmente en casos de personas fallecidas en edad avanzada, en los que varias enfermedades crónicas han interactuado para desencadenar la muerte.
- Limitaciones en el conocimiento por parte del médico que atendió al paciente en su última enfermedad, o al que le fue solicitado el Certificado de Defunción (la enfermedad del fallecido no corresponde a su especialidad o no es de su dominio). Así mismo cabe considerar que existen limitaciones en la ciencia médica sobre el conocimiento de enfermedades de reciente aparición.
- Errores del diagnóstico o integración incompleta de los mismos por falta de tiempo, fallas o retraso en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como la falta de necropsia.
- Preferencia del médico por ciertos diagnósticos. En ocasiones al desconocer las causas de muerte del fallecido, se opta por anotar ciertos diagnósticos manejados por el médico, que no corresponden a la realidad (diagnósticos inventados o complicaciones terminales comunes a muchas muertes).
- Omisión de ciertas causas en algunos países, por ser consideradas social o culturalmente inconvenientes (suicidio, SIDA, etc.) e incluso por ocultar deliberadamente un delito.

Debido a lo anterior un problema significativo que se aprecia en casi todos los países de las Américas es la elevada proporción de Certificados de Defunción incompletos o con errores, lo que repercute en la mala calidad de los datos y en la obtención de información que puede resultar poco útil para la toma de decisiones, tanto en el nivel local (por ejemplo, en la unidad hospitalaria donde se genera el Certificado de Defunción), como en los niveles regionales e incluso en el nivel central o normativo, donde se producen las estadísticas nacionales.

Este porcentaje es variable de un país a otro. Consulte la **Tabla 1** para conocer el valor de los indicadores de calidad de la certificación médica de la causa de muerte en los países de las Américas.

Por las razones antes expuestas, se presenta este curso de sensibilización destinado específicamente a los médicos que ejercen actividades clínicas en los países de habla hispana de la Región de las Américas, cuyo objetivo es resaltar la importancia de la certificación de las defunciones y destacar que los datos registrados en un Certificado de Defunción deben estar completos y ser correctos, por lo que en su contenido se explica la forma adecuada de conseguirlo. A través de los ejemplos presentados y las simulaciones planteadas usted podrá aclarar las dudas que con más frecuencia se presentan al momento de efectuar el registro de los datos en un Certificado de Defunción.

Tabla 1. Proporciones de causas de defunción mal definidas* y de causas de defunción imprecisas en países de las Américas. Circa 2010**

País	Proporción de causas (por 100):	
	Mal definidas*	Imprecisas**
Anguila	1,6	14,8
Antigua y Barbuda	1,1	21,5
Argentina	8,4	32,0
Aruba	4,6	23,3
Bahamas	1,9	15,5
Barbados	2,2	20,1
Belice	1,1	13,8
Bermuda	2,4	18,9
Bolivia (Estado Plurinacional)	...	...
Brasil	6,7	14,0
Canadá	0,9	11,8
Chile	2,5	12,1
Colombia	2,1	12,2
Costa Rica	1,2	12,6

Tabla 1. Proporciones de causas de defunción mal definidas* y de causas de defunción imprecisas en países de las Américas. Circa 2010**

País	Proporción de causas (por 100):	
	Mal definidas*	Imprecisas**
Cuba	0,8	10,0
Curazao	...	...
Dominica	1,9	17,4
Ecuador	9,4	17,1
El Salvador	16,3	24,4
Estados Unidos de América	1,6	13,6
Granada	1,7	14,1
Guadalupe	9,4	21,2
Guatemala	7,3	17,5
Guyana Francesa	9,4	19,1
Guyana	0,8	19,0
Haití	...	...
Honduras	...	...
Islas Caimán	4,0	15,2
Islas Turcas y Caicos	8,2	14,5
Islas Vírgenes (EUA)	3,6	13,8
Islas Vírgenes (RU)	10,0	28,4
Jamaica	...	...
Martinica	11,3	19,0
México	1,8	13,6
Montserrat	0,0	16,4
Nicaragua	1,7	14,5
Panamá	3,1	18,2
Paraguay	10,4	14,8
Perú	...	28,3
Puerto Rico	1,0	17,3
República Dominicana	4,3	14,4

Tabla 1. Proporciones de causas de defunción mal definidas* y de causas de defunción imprecisas en países de las Américas. Circa 2010**

País	Proporción de causas (por 100):	
	Mal definidas*	Imprecisas**
Saint Kitts y Nevis	1,1	17,1
San Vicente y las Granadinas	4,3	15,5
Santa Lucía	4,6	14,9
Sint Maarten (Neerlandés)	...	...
Suriname	8,3	12,1
Trinidad y Tobago	1,9	12,0
Uruguay	8,4	20,5
Venezuela (República Bolivariana)	0,6	14,3

Fuente: Base de datos de Mortalidad Regional de OPS/OMS

* **Causas mal definidas de defunción:** Incluye el capítulo XVIII de la CIE-10 (Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte)

** **Causas imprecisas de defunción** con base en el listado publicado en: Naghavi, M. et al.: "Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data". *Population Health Metrics* 2010, 8:9. Excluye causas mal definidas, Capítulo XVIII, CIE-10

... Dato no disponible

Ver Listado de Códigos de Causas Imprecisas y Mal Definidas en las páginas siguientes.

Lista de causas imprecisas y mal definidas

Código CIE	Descripción
A31.1	Infección cutánea por micobacterias
A40-A41	Septicemia estreptocócica y otras septicemias
A48.0	Gangrena gaseosa
A48.3	Síndrome del choque tóxico
A49.9	Infección bacteriana no especificada
A59	Tricomoniasis
A60.0	Infección de genitales y trayecto urogenital debida a virus del herpes [herpes simple]
A63.0	Verrugas (venéreas) anogenitales
A71-A74	Tracoma y otras enfermedades causadas por clamidias, excepto infección debida a <i>Chlamydia psittaci</i> (A70)
B00.0	Eczema herpético
B07	Verrugas víricas
B08.1	Molusco contagioso
B08.8	Otras infecciones virales especificadas, caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas
B30	Conjuntivitis viral
B35-B36	Dermatofitosis y otras micosis superficiales
B83.9	Helminthiasis no especificada
B94.8	Secuelas de otras enfermedades infecciosas y parasitarias especificadas
B94.9	Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias no especificadas
B99	Otras enfermedades infecciosas y las no especificadas
C26	Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos de los órganos digestivos
C39	Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos del sistema respiratorio y de los órganos intratorácicos

Lista de causas imprecisas y mal definidas

Código CIE	Descripción
C57.9	Tumor maligno de órgano genital femenino, parte no especificada
C76	Tumor maligno de otros sitios y de sitios mal definidos
C80	Tumor maligno de sitios no especificados
D00-D13	Tumores (neoplasias) in situ y tumores benignos de boca y faringe, de glándulas salivales mayores, del colon, del recto, del conducto anal y del ano y de otras partes y de las mal definidas del sistema digestivo
D16-D18	Tumor benigno del hueso y del cartílago articular, tumores benignos lipomatosos y hemangioma y linfangioma de cualquier sitio
D20-D24	Tumor benigno del tejido blando del peritoneo y del retroperitoneo, del tejido conjuntivo y de otros tejidos blandos, nevo melanocítico, otros tumores benignos de la piel y tumor benigno de la mama
D28-D48	Tumor benigno de otros órganos genitales femeninos (excepto útero y ovarios, D25-D26) y de los no especificados, de órganos genitales masculinos, de los órganos urinarios, del ojo y sus anexos, de las meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central, de la glándula tiroides y de otras glándulas endocrinas y de las no especificadas, de otros sitios y de los no especificados y tumores de comportamiento incierto o desconocido
D65	Coagulación intravascular diseminada [síndrome de desfibrinación]
E85.3-E85.9	Amiloidosis sistémica secundaria, o limitada a un órgano u otra o no especificada
E86-E87	Depleción del volumen y otros trastornos de los líquidos, de los electrolitos y del equilibrio ácido-básico
E88.9	Trastorno metabólico no especificado
F32-F33	Episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente
F40-F42	Trastornos fóbicos de ansiedad, otros trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo
F45-F48	Trastornos somatomorfos y otros trastornos neuróticos

Lista de causas imprecisas y mal definidas

Código CIE	Descripción
F51-F53	Trastornos no orgánicos del sueño, disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos y trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte
F60-F98	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos, retraso mental, trastornos del desarrollo psicológico y trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
G43-G45	Migraña, otros síndromes de cefalea y ataques de isquemia cerebral transitoria y síndromes afines
G47-G52	Trastornos del sueño y trastornos de los nervios craneales trigémino, facial y otros
G54	Trastornos de las raíces y de los plexos nerviosos
G56-G58	Mononeuropatías de los miembros superior, inferior y otras
G80-G83	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos
G91.1	Hidrocéfalo obstructivo
G91.3-G91.8	Hidrocéfalo postraumático, otros tipos de hidrocéfalo e hidrocéfalo no especificado
G92	Encefalopatía tóxica
G93.1-G93.6	Lesión cerebral anóxica, no clasificada en otra parte, hipertensión intracraneal benigna, síndrome de fatiga postviral, encefalopatía no especificada, compresión del encéfalo y edema cerebral.
H00-H04	Trastornos del párpado y del aparato lagrimal
H05.2-H69	Trastornos no inflamatorios de la órbita, trastornos de la conjuntiva, trastornos de la esclerótica, córnea, iris y cuerpo ciliar, trastornos del cristalino, trastornos de la coroides y de la retina, glaucoma, trastornos del cuerpo vítreo y del globo ocular, trastornos del nervio óptico y de las vías ópticas, trastornos de los músculos oculares, del movimiento binocular, de la acomodación y de la refracción, alteraciones de la visión y ceguera, otros trastornos del ojo y sus anexos (todos los trastornos del ojo y de sus anexos, excepto los trastornos inflamatorios de la órbita); Enfermedades del oído externo y enfermedades del oído medio

Lista de causas imprecisas y mal definidas

Código CIE	Descripción
H71-H80	Colesteatoma del oído medio, perforación y otros trastornos de la membrana timpánica (miringitis), otros trastornos del oído medio y de la apófisis mastoides y otosclerosis
H83-H93	Otros trastornos del oído interno, hipoacusia conductiva y neurosensorial, otras hipoacusias, otalgia y secreción del oído y otros trastornos del oído no clasificados en otra parte
I10	Hipertensión esencial (primaria)
I15	Hipertensión secundaria
I26	Embolia pulmonar
I27.1	Enfermedad cifoscoliótica del corazón
I44	Bloqueo auriculoventricular y de rama izquierda del haz
I45-I46	Otros trastornos de la conducción y paro cardíaco
I49-I50	Otras arritmias cardíacas e insuficiencia cardíaca
I51	Complicaciones y descripciones mal definidas de enfermedad cardíaca
I70	Aterosclerosis
I74	Embolia y trombosis arteriales
I81	Trombosis de la vena porta
I99	Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio
J30	Rinitis alérgica y vasomotora
J33	Pólipo nasal
J34.2	Desviación del tabique nasal
J35	Enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides
J69	Neumonitis debida a sólidos y líquidos
J80-J81	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto y edema pulmonar
J86	Pneumotórax

Lista de causas imprecisas y mal definidas

Código CIE	Descripción
J90	Derrame pleural no clasificado en otra parte
J93	Neumotórax
J94	Otras afecciones de la pleura
J96	Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte
J98.1-J98.3	Colapso pulmonar, enfisema intersticial y enfisema compensatorio
K00-K11	Trastornos y enfermedades dentales y gingivales, quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte, otras enfermedades de los maxilares y enfermedades de las glándulas salivales
K14	Enfermedades de la lengua
K65-K66	Peritonitis y otros trastornos del peritoneo
K71-K72 (excepto K71.7)	Enfermedad tóxica del hígado, excepto con cirrosis y fibrosis hepáticas e insuficiencia hepática no clasificada en otra parte
K75	Otras enfermedades inflamatorias del hígado
K76.0-K76.4	Degeneración grasa del hígado, no clasificada en otra parte, congestión pasiva crónica del hígado, necrosis hemorrágica central del hígado, infarto del hígado y peliosis hepática
K92.0-K92.2	Hematemesis, melena y hemorragia gastrointestinal no especificada
L04-L08	Linfadenitis aguda, quiste pilonidal y otras infecciones locales de la piel y del tejido subcutáneo
L20-L25	Dermatitis atópica, seborreica, del pañal, alérgica de contacto, de contacto por irritantes y de contacto, forma no especificada
L28-L87	Liquen simple crónico y prurigo, prurito y otras dermatitis, trastornos papuloescamosos, urticaria y eritema, trastornos de la piel y del tejido subcutáneo relacionados con radiación, trastornos de las faneras, vitíligo, otros trastornos de la pigmentación, queratosis seborreica, acantosis nigricans, callos y callosidades, otros tipos de engrosamiento epidérmico y trastornos de la eliminación transepidérmica
L90-L92	Trastornos atróficos de la piel, trastornos hipertróficos de la piel y

Lista de causas imprecisas y mal definidas

Código CIE	Descripción
	trastornos granulomatosos de la piel y del tejido subcutáneo
L94	Otros trastornos localizados del tejido conjuntivo
L98.0-L98.3	Granuloma piógeno, dermatitis facticia, dermatosis neutrófila febril y celulitis eosinófila
L98.5-L98.9	Mucinosiis de la piel, otros trastornos infiltrativos de la piel y del tejido subcutáneo, otros trastornos especificados de la piel y del tejido subcutáneo y trastorno no especificado de la piel y del tejido subcutáneo
M03	Artropatías postinfecciosas y reactivas en enfermedades clasificadas en otra parte
M07	Artropatías psoriásicas y enteropáticas
M09-M12	Artritis juvenil en enfermedades clasificadas en otra parte, gota, otras artropatías por cristales y otras artropatías específicas
M14-M25	Artropatías en otras enfermedades clasificadas en otra parte, artrosis, excepto de la columna vertebral y otros trastornos articulares, excepto de las articulaciones de la columna vertebral
M35.3	Polimialgia reumática
M40	Cifosis y lordosis
M43.6-M43.9	Tortícolis, otras dorsopatías deformantes de la columna vertebral especificadas y dorsopatía deformante no especificada
M45	Espondilitis anquilosante
M47-M60	Espondilosis, otras espondilopatías, otras dorsopatías y miositis
M63-M71	Trastornos de los músculos en enfermedades clasificadas en otra parte, trastornos de los tendones y de la sinovia, trastornos de los tejidos blandos relacionados con el uso, el uso excesivo y la presión y otras bursopatías
M73-M79	Trastornos de los tejidos blandos en enfermedades clasificadas en otra parte, lesiones (no traumáticas) del hombro, entesopatías del miembro inferior, excluido el pie, otras entesopatías, otros trastornos de los tejidos blandos no clasificados en otra parte
M86	Osteomielitis

Lista de causas imprecisas y mal definidas

Código CIE	Descripción
M95-M99	Otros trastornos del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
N14	Afecciones tubulares y tubulointersticiales inducidas por drogas y por metales pesados
N17-N19	Insuficiencia renal
N39.3	Incontinencia urinaria por tensión
N40	Hiperplasia de la próstata
N46	Esterilidad en el varón
N60	Displasia mamaria benigna
N84-N93	Pólipo del tracto genital femenino, otros trastornos no inflamatorios del útero, excepto del cuello, erosión y ectropión del cuello del útero, displasia del cuello uterino, otros trastornos no inflamatorios del cuello del útero, otros trastornos no inflamatorios de la vagina, otros trastornos no inflamatorios de la vulva y del perineo, menstruación ausente, escasa o rara, menstruación excesiva, frecuente e irregular y otras hemorragias uterinas o vaginales anormales
N97	Infertilidad femenina
Q10-Q18	Malformaciones congénitas del ojo, del oído, de la cara y del cuello
Q36	Labio leporino
Q38.1	Anquiloglosia
Q54	Hipospadias
Q65-Q74	Deformidades congénitas de la cadera y de los pies, deformidades osteomusculares congénitas de la cabeza, de la cara, de la columna vertebral y del tórax, otras deformidades osteomusculares congénitas, polidactilia, sindactilia, defectos por reducción del miembro superior, defectos por reducción del miembro inferior, defectos por reducción de miembro no especificado y otras anomalías congénitas de los miembros
Q82-Q84	Otras malformaciones congénitas de la piel, malformaciones congénitas de la mama y otras malformaciones congénitas de las faneras

Lista de causas imprecisas y mal definidas

Código CIE	Descripción
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
X59	Exposición a factores no especificados
Y10-Y34	Eventos de intención no determinada
Y86-Y87.2	Secuelas de otros accidentes, de lesiones autoinfligidas intencionalmente, agresiones y eventos de intención no determinada
Y89	Secuelas de otras causas externas

2. Utilidad del Certificado de Defunción

¿Para qué sirve el Certificado de Defunción?

El Certificado de Defunción es un documento médico y legal, a la vez que un formulario de registro estadístico que pertenece a un sistema de registros continuos o rutinarios. Los datos que en él se consignan son necesarios para los siguientes propósitos:

Propósitos legales

El Certificado es obligatorio en todos los países para inscribir la defunción en el Registro Civil y para que se autorice la inhumación, la cremación u otro procedimiento de destino final de los restos y se continúe, una vez extendida el Acta de Defunción (Partida de Defunción), con trámites legales, que incluyen entre otros: los de sucesión, de reclamación de herencias, de juicios civiles y penales, de seguros, de pensiones, de cambios del estado civil y de los padrones electorales.

El Certificado de Defunción es un documento que representa el testimonio escrito referente a un hecho vital, en este caso la muerte, que el médico ha comprobado personalmente. Es muy importante que los datos del Certificado sean reales y no tengan errores, ni omisiones. Ninguna persona o funcionario puede exigir al médico certificante que cambie las causas de la muerte que ha decidido registrarⁱ.

ⁱ Sin embargo, los organismos estadísticos de salud deben estar facultados para solicitar aclaraciones (reparos) a los médicos respecto del enunciado de las causas de muerte en los Certificados que han emitido, con la finalidad de aclarar lo que se quiso expresar y así establecer la causa básica de la defunción con mayor precisión. Esto no debe implicar la alteración del registro en el Certificado mismo, sino sólo la modificación de los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades en la base de datos de las defunciones. Las variables sociodemográficas también pueden ser objeto de aclaraciones.

Cuando cometa un error importante en el Certificado de Defunción, por ejemplo, que el nombre no corresponda a la persona fallecida, o que las causas de defunción se hayan anotado mal, debe anular el Certificado y regresarlo íntegro (original y copias) al área responsable del control de los Certificados y solicitar uno nuevo.

Debe ser llenado para la defunción de toda persona que haya nacido viva, independientemente de la edad que haya alcanzado, aunque ésta se reduzca a algunos minutos o segundos y aunque haya nacido con un peso inferior al considerado por la Clínica como viable.

Es muy importante que el médico oriente a los familiares de la persona fallecida para que acudan a la Oficialía (Oficina) del Registro Civil para proceder al registro de la defunción y le elaboren el Acta de Defunción (Partida de Defunción) correspondiente.

Propósitos epidemiológicos

Mediante los datos contenidos en el Certificado de Defunción se consigue:

- Realizar la notificación inmediata de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica.
- Reaccionar oportunamente (establecimiento de cercos epidemiológicos, pruebas rápidas, campañas de vacunación intensiva, etc.) ante la aparición de causas de muerte de seguimiento epidemiológico. Por ejemplo: si en un país se registra una alta incidencia de muertes por Influenza A/H1N1, una de las acciones de Salud Pública que se desprenden de este hecho, es la aplicación de la vacuna correspondiente en la población que tiene el mayor riesgo.
- Conocer los daños a la salud de la población.
- Vigilar el comportamiento de las enfermedades (su tendencia y distribución en el tiempo y en el espacio).
- Orientar los programas preventivos y apoyar la evaluación y la planificación de los servicios de salud.

Esto facilita el establecimiento de medidas para prevenir la mortalidad prematura en la población o para limitar la aparición de complicaciones de las enfermedades responsables del mayor número de defunciones en cada país.

Propósitos estadísticos

El Certificado de Defunción es la fuente primaria para la elaboración de las estadísticas de mortalidad. Todo certificado sigue un procesamiento estadístico mediante el cual las variables incluidas en él, tanto las de carácter sociodemográfico como por ejemplo la edad, el sexo, el lugar de residencia del fallecido y el lugar de ocurrencia de la defunción; como las de carácter clínico, en este caso las causas de defunción, son validadas, son codificadas y son integradas en los sistemas de información destinados a la obtención de las estadísticas correspondientes.

Cada una de las variables incluidas en el Certificado es relevante para el análisis de la mortalidad y de sus determinantes.

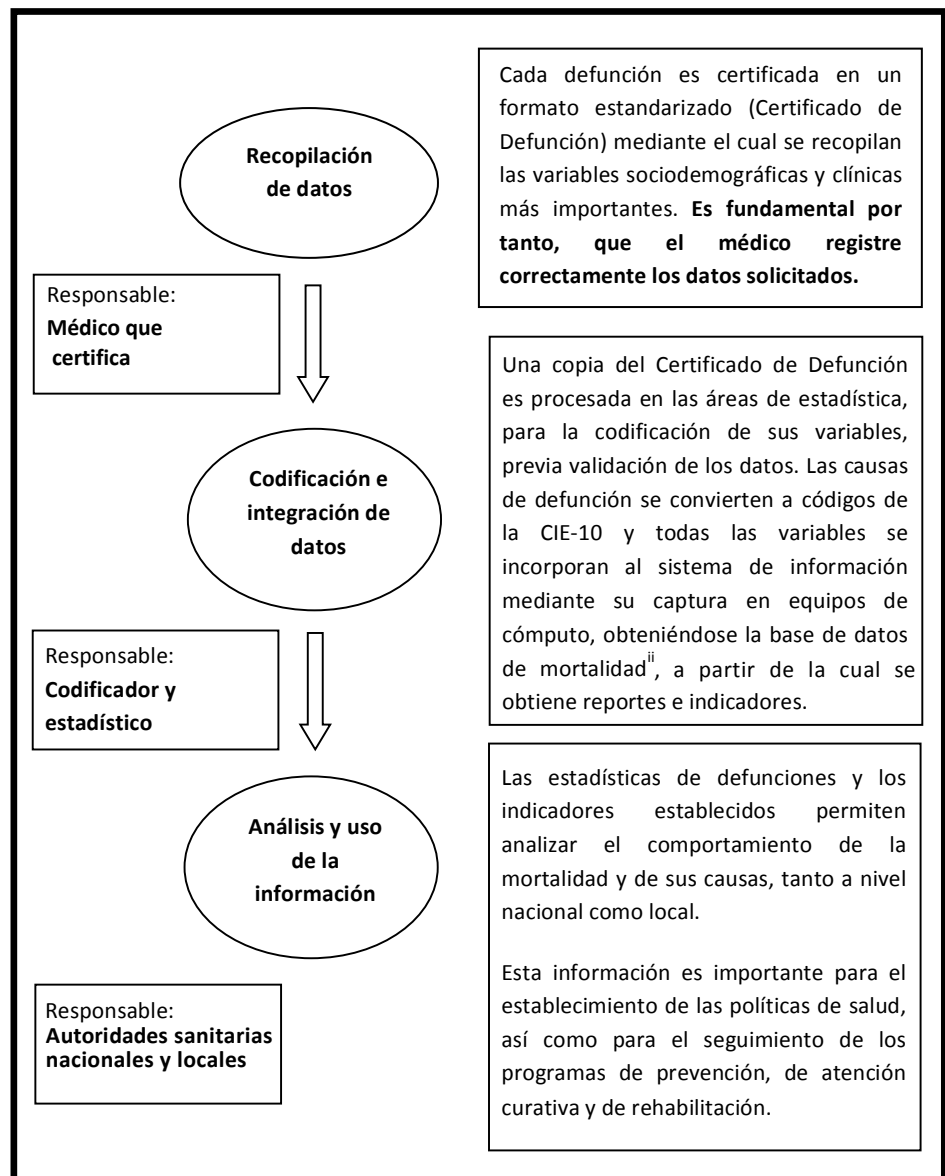
Estadísticamente la mortalidad es importante porque es un componente del comportamiento del crecimiento demográfico cuyos insumos son los nacimientos, las muertes y la migración. Si la mortalidad se halla afectada en cobertura y calidad de los datos, ello repercutirá en la medición del crecimiento y de otras variables demográficas del país como por ejemplo, la esperanza de vida.

Para facilitar su procesamiento y análisis, las causas de defunción que el médico consigna son traducidas a códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10)², mediante un proceso manual o automatizado realizado por codificadores expertos, que aplican rigurosas reglas de selección y de modificación que la propia Clasificación establece.

Para una mejor comprensión del proceso de generación de la información estadística de mortalidad revise por favor el Diagrama 1.

3. Proceso para la generación de las estadísticas de mortalidad

Diagrama 1. Generación de las estadísticas de mortalidad



ⁱⁱ En pocos países de América Latina y del Caribe existen algunos sistemas para el llenado automatizado del Certificado de Defunción, los que sin embargo no abarcan a la totalidad de las muertes. Estos sistemas permiten la captura de los datos, que son transferidos directamente a la base de datos de defunciones y posibilitan la codificación electrónica de las causas de defunción.

4. Definiciones y Modelo Internacional de Certificado Médico de Causas de Defunción

4.1 Definiciones internacionales relacionadas con la certificación de las defunciones

A continuación figuran las definiciones internacionales con las cuales el médico debe familiarizarse para certificar adecuadamente las defunciones:

Nacimiento vivo

Nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo³.

Defunción (Muerte)

Desaparición permanente de toda evidencia de vida en cualquier momento después de acaecido el nacimiento (cesación postnatal de las funciones vitales, sin capacidad de resucitación). Esta definición no incluye las defunciones fetales.⁴

Desde el punto de vista clínico y fisiopatológico, **la muerte es la muerte encefálica en todos los casos**, aunque haya sido precedida de episodios terminales cardiopulmonares u otros⁵.

La Muerte Encefálica (ME) se define como la pérdida irreversible, **por causa conocida**, de las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de hemisferios cerebrales como de tronco encefálico⁶.

Defunción fetal

Es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o de su 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 voluntaria⁷.

Por lo tanto, es un hecho vital distinto de la defunción, dado que ocurre en quienes no han llegado a nacer vivos.

Defunción materna

Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio anatómico de la gestación, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales⁸.

Defunción materna tardía

Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas que ocurre después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo⁹.

Defunción relacionada con el embarazo

Una defunción relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o que ocurre dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción⁹.

Defunciones obstétricas directas

Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas⁹.

Defunciones obstétricas indirectas

Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo⁹.

Causas de defunción

Son todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones¹⁰.

El propósito de esta definición es asegurar que se registre toda la información pertinente y que el médico certificante no seleccione algunas afecciones para registrarlas y rechace otras. La definición no incluye síntomas ni modos de morir, tales como paro cardíaco o insuficiencia respiratoria, cuando son el resultado final de un proceso de enfermedad.

También excluye a las enfermedades o lesiones que no tuvieron directa participación en la secuencia de eventos que llevaron a la muerte o que no contribuyeron a ella.

Causa básica de la defunción

Es la enfermedad o lesión **que inició** la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal¹¹.

En efecto, en la Conferencia para la Sexta Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (París, Francia, 26 al 30 de abril de 1948) se acordó que la causa de muerte que se utilizaría para la elaboración de estadísticas por causa única (tabulación primaria) se denominara **causa básica de la defunción**.

Desde el punto de vista de la prevención de la muerte, es necesario romper la cadena de sucesos que va agravando la enfermedad o realizar la curación en algún momento de la evolución de la misma. El objetivo más efectivo de los programas de salud pública es prevenir la causa que da origen a todos los demás trastornos o afecciones sucesivos o concomitantes que conducen a la muerte.

Por esta razón, la **causa básica de la defunción** fue definida como se explica más arriba, es decir, como el hecho clínicoⁱⁱⁱ que **inicia** esa cadena de acontecimientos patológicos, aunque éste haya ocurrido muchos años atrás.

De lo anterior se deduce, por una parte, que el registro de las causas de muerte en el Certificado obedece particularmente a propósitos de producción de estadísticas con fines de desarrollo de intervenciones preventivas en la esfera poblacional, a diferencia de otros registros médicos, como la Historia Clínica, donde se busca especificar todos los diagnósticos clínicos del paciente, con fines casi exclusivamente curativos y de rehabilitación, en el nivel individual.

Por otro lado, esto implica que el médico a quien corresponda enfrentar la situación de certificar una defunción, debe realizar el razonamiento necesario para identificar la causa básica de la defunción. De aquí que los decesos debidos a complicaciones terminales de enfermedades crónicas, durante las cuales el paciente contó con atención médica deban ser certificados por el médico que estuvo a cargo del tratamiento de esa(s) enfermedad(es), quien indudablemente conoce mejor que nadie los eventos que se produjeron durante la evolución de aquélla(s), hasta que terminaron en la muerte.

El principio de la **causa básica de la defunción** puede aplicarse uniformemente mediante la utilización del modelo para la certificación médica de la causa de muerte (Certificado Médico de Causas de Defunción)¹² recomendado por la Asamblea Mundial de la Salud.

La responsabilidad del médico que firma el Certificado de Defunción es indicar la afección que condujo directamente a la muerte, así como establecer las causas antecedentes o sucesos que dieron origen a dicha afección.

ⁱⁱⁱ El término “hechos clínicos” se usa aquí por oposición a la anotación de diagnósticos anátomo-patológicos o de síntomas o signos, que no deben ser registrados entre las causas de muerte. Las lesiones y las intoxicaciones, tanto intencionales como no intencionales, que forman parte de esta secuencia, tienen el carácter de hechos clínicos, al igual que las causas que las produjeron.

Causa directa o inmediata

Es la enfermedad o afección que produce la muerte directamente. El médico debe anotar esta causa en el inciso a) de la Parte I del Certificado, excluyendo síntomas, signos y formas de morir¹¹.

Causa antecedente, interviniente o intermedia

Es toda enfermedad o afección que haya ocurrido entre la causa directa de la muerte y la causa básica de la defunción y como complicación de esta última, siendo a la vez desencadenante de la causa directa o inmediata.

Si existe más de una causa antecedente o interviniente el médico debe anotarlas en los incisos b) y c) de la Parte I del Certificado, siempre que guarden secuencia causal entre sí¹¹.

Causa contribuyente

Es toda enfermedad o afección que contribuye a la muerte, es decir que en razón de sus características colabora en el deceso, pero que no está relacionada con la cadena de acontecimientos que se describe en la Parte I del Certificado.

El médico debe anotar las causas contribuyentes en la Parte II. Las afecciones triviales y otras que la persona fallecida haya podido padecer y que no aportaron gravedad a la evolución de su enfermedad hacia la muerte, no deben ser consignadas en la Parte II¹¹.

4.2 Modelo Internacional de Certificado Médico de Causas de Defunción

La Asamblea Mundial de la Salud ha recomendado la utilización del Modelo Internacional de Certificado Médico de Causas de Defunción. Este modelo debe ser incluido en la sección correspondiente del Certificado de Defunción de cada país para registrar las causas de defunción. Su país adopta seguramente este modelo pero puede contener algunas variaciones que debe revisar en la documentación adjunta o que puede encontrarse en el link correspondiente.

Más adelante, en la Sección 5. Decálogo para la certificación, se explica la manera correcta de anotar las causas de defunción en este documento.

Causa de defunción		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
I Enfermedad 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) _____	
-----		-----
II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	_____ _____	
<small>*No quiere decirse con esto la manera o modo de morir, p. ej. debilidad cardíaca, asenia, etc. Significa propiamente la enfermedad, traumatismo o complicación que causó la muerte.</small>		

Para los médicos, como también desde el punto de vista estadístico, esta es la sección más importante del Certificado de Defunción. Debe ser cuidadosamente llenada, con apego a las normas internacionales vigentes. La adecuada anotación de las causas de muerte debe constituir la expresión de la capacidad del médico para describir con precisión la cadena de eventos causales que condujo a la muerte.

El modelo de certificado médico aquí presentado está diseñado para facilitar la identificación de la **causa básica de la defunción** cuando son registradas dos o más causas.

En la primera sección, identificada como la **Parte I**, se anotan las enfermedades que forman parte de la secuencia de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte, mientras que en la **Parte II** se indican otras entidades morbosas que hubieran contribuido al deceso, pero no relacionadas con la secuencia causal que provocó la muerte.

Para lograr la adecuada anotación de las causas de muerte en este Certificado, el médico debe procurar identificar la causa básica de la defunción, así como las causas subsecuentes en un orden cronológico, hasta la causa directa de la muerte¹³.

En la Parte I debe indicarse la sucesión de causas y efectos que condujeron al fallecimiento, para lo cual está dividida en los incisos a), b), c), y d).

Las entidades anotadas aquí deben tener una relación causal entre sí, de modo que el estado patológico o enfermedad anotado en a) haya sido debido a lo anotado en b), éste sea debido a lo anotado en c) y esto a su vez, sea consecuencia de lo anotado en d).

Es importante señalar que en algunos países de la Región el Certificado de Defunción solamente presenta los incisos a), b) y c) en la Parte I.

Otro elemento importante que incorpora el Modelo Internacional de Certificado Médico de Causas de Defunción es el **intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte**. Esto quiere decir que si el médico dispone de la información, debe indicar para cada una de las causas de defunción que registre en el Certificado de Defunción, el tiempo que transcurrió desde el inicio de cada enfermedad y el momento de la muerte. Esto debe ser expresado en la unidad de tiempo que se considere más adecuada, la cual puede ir desde minutos, a horas, días, semanas, meses o años. Este elemento además contribuye a determinar de una manera más adecuada la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron a la muerte, de tal forma que la causa directa anotada en la línea I a) debe tener un tiempo de evolución menor o igual a la causa registrada en la línea I b), que fue la que le dio origen y así sucesivamente; por tanto, la causa básica de la defunción es la que presenta el mayor tiempo de evolución, que debe quedar anotada en el último inciso utilizado de la Parte I.

Un caso especial respecto de los intervalos que median entre el inicio de la enfermedad y la muerte es el de las defunciones neonatales precoces que han resultado de enfermedades maternas o fetales que empezaron durante la vida intrauterina, pudiendo estas causas tener una duración superior a la propia edad del fallecido.

La Organización Mundial de la Salud recomienda, en todo caso, que los países utilicen un Certificado de Causa de Defunción Perinatal distinto en sus contenidos del Certificado Médico de Causas de Defunción, aplicable a los mayores de 27 días de edad¹⁴.

Algunos países utilizan un Certificado de Defunción para las personas que nacen vivas y fallecen posteriormente y un Certificado de Muerte Fetal para los que nacen muertos.

Consulte el formato o formatos que se emplean en su país.

Por otra parte, no en todos los países de la Región la anotación de las causas de una defunción se hace exclusivamente en el Certificado de Defunción de uso legal. En algunos de ellos existen formularios distintos para propósitos legales y para las finalidades estadísticas y epidemiológicas, en beneficio de la oportunidad de las estadísticas de mortalidad y para amparar mejor la confidencialidad de los datos clínicos y sociodemográficos.

En la práctica entonces, el médico llena en estos casos un formulario compuesto de dos secciones, una primera, denominada Certificado de Defunción, que tiene valor legal para atestiguar que la persona falleció y que puede ser realizado el trámite funerario correspondiente y una segunda, denominada Informe Estadístico de Defunción. Este Informe es la fuente de las Estadísticas de Causas de Muerte en esos países, ya que allí está contenido el Modelo Internacional del Certificado Médico de Causas de Defunción. Los contenidos de este Informe Estadístico no tienen valor legal, sino exclusivamente estadístico, por lo que no pueden ser utilizados por ningún tribunal como medio de prueba. Habitualmente quedan protegidos por las leyes de Estadística, como parte del concepto de secreto estadístico.

Consulte nuevamente el formulario o formularios de Certificado de Defunción de su país, para verificar si existe tal disposición legal.

4.3 Diferencias entre la anotación de diagnósticos en la Historia Clínica y de causas de muerte en el Certificado Médico de Defunción

Es común que el médico utilice el mismo razonamiento lógico que hace para referir los diagnósticos en la Historia Clínica, al anotar las causas de defunción en el Certificado de Defunción.

Cuando se atiende a un paciente, sea esto por primera vez o no, una de las etapas cruciales es la de formulación del diagnóstico, información que fundamentará la elección terapéutica que haga el médico, para llevar al paciente a la mejoría o a la curación.

En estos eventos, especialmente si tienen lugar en el contexto de la atención hospitalaria cerrada, el profesional procura enlistar todos los diagnósticos que ha podido detectar en su paciente, no existiendo límite para el número de diagnósticos que se emita, hecho que obedece a los propósitos que se persigue a través de estos procedimientos, que no son otros que los de curar, mejorar o rehabilitar al paciente.

En términos de la calidad del registro clínico, la incorporación de todos los diagnósticos es signo de excelencia. Y esto es así, dado que el propósito que se persigue es precisamente decidir el manejo terapéutico y de rehabilitación de un paciente. Además, la realización correcta de estos registros constituye un instrumento de la actividad profesional del propio médico, quien por lo tanto coloca todo su interés en ellos.

Por el contrario, el propósito de la anotación de las causas de muerte en el Certificado Médico de Defunción es completamente distinto, ya que busca encontrar la causa básica de la defunción, para integrarla al recuento estadístico de las mismas. Estas estadísticas sirven luego a la definición de las prioridades para las intervenciones de salud sobre la población (Vea por favor el Diagrama 2).

Diagrama 2. Semejanzas y diferencias entre la correcta anotación de información en la Historia Clínica y en el Certificado Médico de Defunción, como instrumentos de la actividad de salud

	Historia Clínica	Certificado Médico de Defunción
Objetivo principal	Permitir el registro de las atenciones a la salud proporcionadas a una persona o a una familia (esto último, en la Atención Primaria) a lo largo de su existencia, especialmente para consignar allí los diagnósticos clínicos y fundamentar así el tratamiento de las enfermedades que presenten.	Producir estadísticas de mortalidad para fundamentar políticas y programas de prevención de enfermedades prioritarias en la población.
Ámbito de acción	Individual, predominantemente curativo y de rehabilitación y con componente preventivo individual.	Poblacional, exclusivamente preventivo y social.
Clase de registro	Registro médico de tipo continuo.	Registro médico de tipo continuo.
Registro de los diagnósticos	Todos los que se logre identificar en el paciente, procurando colocar en primer lugar el motivo de la atención actual. Pueden incluirse adicionalmente síntomas y signos.	Secuencia de causas que terminó en la muerte, identificando especialmente la causa básica de la defunción, es decir, la que dio inicio a esa secuencia, excluyendo formas de morir, síntomas y signos, como también causas triviales o no relacionadas con la cadena de acontecimientos que llevó a la muerte.
Razonamiento que debe hacer el médico	Razonamiento clínico habitual basado en: anamnesis, exploración física, resultados de exámenes y análisis de laboratorio y gabinete, hasta formular el o los diagnósticos.	Razonamiento retrospectivo de búsqueda e identificación de la causa básica de la defunción, explicándose cómo se fue generando la sucesión de hechos clínicos que culminó en el deceso.

No siempre es fácil establecer los diagnósticos que deben ser anotados en el Certificado Médico de Defunción, especialmente debido a la carencia de criterios estándar para integrarlos y para decidir cuál es la causa de muerte. Contribuyen también a esta dificultad las diferencias en el acceso a la tecnología diagnóstica y la ya mencionada falta de una adecuada instrucción a los médicos para cumplir con esta obligación.

Al completar el Certificado Médico de Defunción se le pide al médico que tome dos tipos de decisiones sobre las causas de muerte:

- La primera es sobre la anotación en la Parte I del Certificado, de la cadena causal que lleva a la muerte, (la causa inmediata o directa y sus causas antecedentes), especificando en último lugar la causa que inició la cadena de eventos que condujo a la muerte (causa básica de la defunción).
- La segunda se refiere a la anotación en la Parte II del Certificado, de otras entidades que hubieran contribuido al proceso, pero no relacionadas con la secuencia causal que produjo la muerte (causas contribuyentes)¹⁵.

4.4 Secciones especiales del Certificado Médico de Defunción para el registro de datos adicionales

4.4.1 Apartado o sección a llenar en el caso de la muerte de una mujer en edad fértil

Las mujeres en edad fértil (15 a 49 años u otro rango de edad que el país considere) presentan riesgo de morir por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Con frecuencia estas complicaciones no son correctamente anotadas en el Certificado de Defunción, por lo que estos casos pueden no quedar clasificados como muertes maternas, lo que induce una subestimación de la mortalidad materna.

Debido a la frecuencia con que se logró demostrar este déficit en las estadísticas de causas de muerte, incluso en los países desarrollados, en 1990 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una recomendación que establece que los países deberían considerar la inclusión, en el Certificado de Defunción, de preguntas acerca de “si en el momento de la muerte existía embarazo o si había existido embarazo en el período de un año antes de la muerte”¹⁶, con la finalidad de investigar si estas defunciones correspondían a muertes maternas y emplear estos datos para corregir la mala clasificación, por lo que su inclusión puede ayudar a mejorar la integridad de la información sobre muertes maternas.

Quien certifica no debe obviar el llenado de esta sección, si está certificando la muerte de una mujer en edad fértil, en los países en los que este apartado ya ha sido agregado al formulario del Certificado Médico de Defunción.

En muchos países se aplica una combinación de métodos de detección y búsqueda de las muertes maternas, revisando sistemáticamente todas las defunciones de mujeres en edad fértil, agregando la verificación de los antecedentes clínicos en los casos que presenten ciertas causas de muerte como septicemias, anemias, hemorragias y otras, lo que contribuye a la detección de casos erróneamente clasificados, que son incorporados de esta forma al grupo de las defunciones maternas. Sin embargo, nada sustituye a la consignación precisa y específica de las causas de defunción que el médico debe realizar en el Certificado.

Por otra parte, aunque la definición de edad fértil tradicionalmente utilizada en Salud Pública comprende el grupo de 15 a 49 años, debido a las modificaciones que ha sufrido el comportamiento de la fecundidad en muchos países de las Américas, se recomienda ampliar este grupo de edad al de 10 a 54 años, pero sin excluir los casos que excedan estos límites en cualquiera de ambos sentidos.

En la Sección 5.10.1 Muerte de mujer en edad fértil, se detallan lineamientos para el registro de este apartado y se muestra un ejemplo.

4.4.2 Apartado o sección a llenar en el caso de una muerte por causa accidental o violenta

La definición de causa básica de la defunción, anteriormente explicada (ver Sección 4. Definiciones y Modelo Internacional de Certificado Médico de Causas de Defunción), hace alusión también a defunciones resultantes de eventos accidentales o violentos.

En prácticamente todos los países de la Región quien certifica las causas de muerte en estos casos es el médico forense o legista, quien puede o no contar con formación especializada o con preparación en Anatomía Patológica.

Debido a lo anterior y a la influencia de las definiciones imperantes en las leyes penales, que constituyen la normativa a la que la pericia forense procura satisfacer, los médicos legistas tienden a omitir del todo o al menos en parte una descripción suficiente de las **circunstancias del accidente o violencia** que produjo las lesiones o intoxicaciones que ocasionaron la muerte.

Con la finalidad de facilitar al médico la identificación de este tipo de causa básica de la defunción, la mayoría de los países incluye en el Certificado de Defunción, un apartado o sección con preguntas adicionales acerca de:

- la presunción de la intencionalidad del evento, que permite clasificarlo como accidental, como agresión, como lesión autoinfligida o como de intención que no pudo ser determinada a través de su peritaje.
- el máximo detalle posible en la descripción de las circunstancias o del hecho violento o accidental.
- el lugar y la fecha de ocurrencia del evento accidental o violento.
- la identificación de si el evento corresponde a un accidente de trabajo.

El médico certificante debe dar respuesta a estas preguntas, siempre que certifique causas de defunción originadas en un hecho accidental o violento.

Cabe señalar que esta información es de carácter estadístico y **no forma parte de la investigación judicial** que en paralelo lleva a cabo la autoridad correspondiente.

En la Sección 5.10.2 Muerte por causa accidental o violenta, se detallan lineamientos para el registro de este apartado y se muestra un ejemplo.

Con frecuencia el médico forense debe emitir el Certificado de Defunción dentro de las primeras 24 ó 48 horas, después de practicar la necropsia. Durante ese tiempo es importante contar con la mayor cantidad de información posible sobre las circunstancias que dieron origen a las lesiones y la intencionalidad. Cuando así ocurre los datos de la necropsia le permitirán describir las lesiones a anotar en las Partes I y II, así cómo identificar las posibles causas externas de las mismas.

En los países que cuentan con el apartado especial para muertes por causas externas completo en el formulario del Certificado de Defunción, las

circunstancias que provocaron las lesiones deben ser descritas allí detalladamente, al igual que se debe responder a la interrogante sobre presunción de la intencionalidad.

Si no se cuenta con información suficiente, debe quedar constancia de que ésta podrá ser obtenida en un plazo determinado, para ser incorporada al proceso de codificación.

Es frecuente, sin embargo, que esta información no sea registrada por el forense y un buen número de Certificados de Defunción por causas externas quedan codificados de manera incompleta, por la falta de esos detalles, engrosando el grupo de defunciones por causas externas no especificadas, cuya comunicación sirve de poco para la prevención de estos graves daños a la salud.

5. Decálogo para la certificación ¹⁷

Los médicos deben tener en cuenta diez consideraciones para completar adecuadamente el Certificado de Defunción:

5.1 Constatar la defunción y completar personalmente el Certificado de Defunción.

5.2 Utilizar toda la información disponible sobre la persona fallecida.

5.3 Emplear letra legible (tipo molde o de imprenta).

5.4 Evitar abreviaturas y/o siglas.

5.5 Determinar la secuencia lógica entre las enfermedades desde la causa directa que produjo la muerte, hasta la causa básica de la defunción y registrar, siempre que sea posible, los intervalos que mediaron entre el comienzo de cada enfermedad o complicación y la muerte.

5.6 Anotar una sola causa de defunción por línea.

5.7 Anotar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.

5.8 Evitar en lo posible, la anotación de causas mal definidas y de causas imprecisas como única causa o como causa básica de la defunción.

5.9 Seguir las recomendaciones para especificar las causas de defunción.

5.10 Emplear en caso de que proceda, los apartados especiales del Certificado de Defunción: Muerte de mujer en edad fértil y muerte por causa accidental o violenta.

5.1 Constatar la defunción y completar personalmente el Certificado de Defunción.

Antes de completar el Certificado de Defunción, es esencial ver y explorar el cuerpo de la persona para comprobar su fallecimiento. Nunca se debe llenar el Certificado sin tener evidencia de la defunción.

Si al explorar el cadáver el médico sospecha la intervención de una causa externa, no debe expedir el Certificado y debe dar aviso inmediato a la autoridad competente. En la mayoría de los países, la ley prevé que este tipo de casos sean certificados por el médico legista.

Todos los datos incluidos en el Certificado de Defunción son importantes, desde las variables de carácter sociodemográfico (por ejemplo: nombre de la persona fallecida, edad, escolaridad, residencia habitual, etc.), hasta las de carácter médico (Causas de Defunción), por lo que el médico debe llenar cuidadosamente cada uno de los datos y verificar que estos sean verídicos.

El Certificado de Defunción habitualmente incluye en el reverso instrucciones específicas para cada una de las variables, por lo que es importante que el médico las consulte. En caso de que el país disponga de un manual de instrucciones más extenso, es conveniente que lo revise.

Es importante tener en cuenta que al firmar el Certificado de Defunción, el médico es responsable de TODO el contenido del mismo, por lo que es imprescindible que antes de firmar corrobore que todos los datos hayan sido registrados en forma correcta, sin omitir ninguno de ellos y acorde a lo que el informante ha señalado.

5.2 Utilizar toda la información disponible sobre la persona fallecida.

El médico certificador debe utilizar toda la información de la que disponga para llenar correctamente el Certificado de Defunción.

Se puede obtener parte de los datos desde documentación oficial como son las cédulas o carnets de identificación, credencial de elector, acta de nacimiento o el récord o expediente clínico (historia clínica), mientras que para otras variables se recurre a la persona informante, generalmente un familiar o amigo cercano de la persona fallecida. En el caso de las causas de defunción, éstas son determinadas por el médico certificador tomando en

cuenta, cuando se dispone de ellos, de los antecedentes clínicos o bien a partir del interrogatorio indirecto a los familiares y de la exploración del cuerpo de la persona fallecida.

En el caso de las muertes que ocurren en las unidades hospitalarias se deben consultar las notas clínicas o el récord o expediente clínico (historia clínica).

Es importante que el médico explique a la persona informante la trascendencia del Certificado de Defunción, e indicarle que los datos que le proporcione sean correctos.

Es frecuente que pacientes conocidos de una unidad médica mueran en su domicilio, por tanto debe hacerse uso de la documentación clínica disponible. Si se carece de la misma, es recomendable indagar con la persona informante si dispone de documentación clínica reciente, por ejemplo estudios de laboratorio, recetas médicas o incluso copia de notas médicas, que pueden ayudar en la identificación de las causas de defunción.

El hecho de no utilizar la información disponible o de no indagar con la persona informante puede conducir a omisiones importantes. Un ejemplo claro son las muertes obstétricas, ya que es muy común que se omita aclarar en el Certificado que la mujer que murió estaba embarazada o cursando su puerperio. Las muertes de mujeres jóvenes pueden ser atribuidas por ejemplo a hemorragia cerebral, neumonía o infecciones, cuando en realidad al estar embarazadas, deberían haber sido certificadas como muertes obstétricas con hemorragia cerebral, neumonía o infecciones respectivamente.

5.3 Emplear letra legible (tipo molde o de imprenta).

Si se realiza la certificación de la defunción mediante un formato en papel del Certificado de Defunción y no se dispone de una máquina de escribir, el médico debe utilizar buena letra, que sea legible, para que los datos que proporciona puedan ser procesados sin ninguna dificultad. Cuando no se utiliza letra clara los datos pueden malinterpretarse y se corre el riesgo de incluir en el sistema de información datos que no corresponden a lo que el médico haya anotado en el Certificado.

Es importante tomar en cuenta además, que cuando el Certificado de Defunción consta de un original y copias en papel autocopiable, se debe tener el cuidado de ejercer la presión necesaria al escribir para que todas las copias sean legibles.

5.4 Evitar abreviaturas y/o siglas.

Las siglas dificultan la interpretación de los datos, sobre todo en el registro de las causas de defunción. Así por ejemplo, la sigla IRA puede interpretarse como Insuficiencia Respiratoria Aguda o como Insuficiencia Renal Aguda, dos entidades nosológicas completamente distintas, por lo que no se deben utilizar siglas o abreviaturas para describir los diagnósticos, aun cuando en el lenguaje médico algunas parezcan tener un carácter casi universal. El uso de siglas o abreviaturas puede conducir por tanto a una mala interpretación y a la pérdida de la información real.

5.5 Determinar la secuencia lógica entre las enfermedades desde la causa directa que produjo la muerte hasta la causa básica de la defunción y registrar, siempre que sea posible, los intervalos que mediaron entre el comienzo de cada enfermedad o complicación y la muerte.

Estadísticamente lo esencial es consignar la “**causa básica de la defunción**”, que es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que llevó a la muerte, o bien las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal.

El Certificado Médico de Causas de Defunción se puede llenar con una o con varias causas de muerte, pero la **causa básica de la defunción** siempre se debe anotar en la **última línea utilizada en la Parte I**. Si el médico considera que una sola causa es suficiente para explicar la muerte, la anotará en la línea I a); si estima que dos causas son suficientes, anotará la causa directa en la línea I a) y la causa básica de la defunción en la línea I b); si considera que son tres causas, anotará la causa directa en la I a), la causa antecedente o interviniente en la I b) y la causa básica de la defunción en la línea I c). Incluso si considera que en la muerte participaron cuatro causas, anotará la causa directa de la muerte en la línea I a), las causas antecedentes o intervinientes en las líneas I b) y I c) y la causa básica de la defunción en la línea I d).

La Parte II como ya se ha mencionado, está reservada para la anotación de causas contribuyentes, por ejemplo: la obesidad, la desnutrición, el tabaquismo u otras adicciones; así como también en su caso: el embarazo, el parto o el puerperio.

Cuando disponga de la información, registre el intervalo aproximado entre el inicio de cada afección y la defunción. Esto último ayuda a determinar la secuencia lógica de las causas que condujeron a la muerte.

Tome nota de los siguientes ejemplos:

Ejemplo 1

Hombre de 48 años con antecedentes en su historia clínica de diagnóstico de enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana de dos años de evolución. Una semana antes de su fallecimiento fue dado de alta del hospital, al no existir alternativas terapéuticas para su mejoría. A solicitud de los familiares, el médico acude al domicilio a certificar la defunción. Una vez revisado el cadáver, el médico certifica:

Hombre de 48 años

I		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	(a) <u>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana</u> debido a o como consecuencia de	2 años
Causas antecedentes	(b) _____ debido a o como consecuencia de	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	(c) _____ debido a o como consecuencia de	
	(d) _____	

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

El llenado de las causas en el Certificado de Defunción se inicia en la Parte I a partir del inciso a) que corresponde a la causa directa de la muerte. En este caso el médico consigna solamente una causa, enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana de 2 años de evolución, la cual anota en el inciso I a), la que se considera además como la causa básica de la defunción. Para este caso, a criterio del médico es suficiente el registro de una sola afección, ya que ésta explica de qué falleció la persona.

Ejemplo 2

Hombre, recién nacido, de 8 horas de vida. Producto pretérmino con desgarro de cordón umbilical. Desde su nacimiento presentó dificultad respiratoria y alteraciones hemodinámicas. Falleció por choque hipovolémico de 2 horas de evolución.

Hombre de 8 horas

I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
(a) <u>Choque hipovolémico</u> debido a o como consecuencia de	2 horas
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	(b) <u>Desgarro de cordón umbilical</u> debido a o como consecuencia de
	(c) _____ debido a o como consecuencia de
	(d) _____
II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	<u>Dificultad respiratoria</u> <u>Prematurez</u>
	8 horas 8 horas

En éste caso, la causa directa de la muerte es el choque hipovolémico de 2 horas de evolución que se anota en el inciso I a). Éste se debió al desgarro del cordón umbilical presente desde el momento del nacimiento, siendo ésta la causa básica de la defunción que se anota en el inciso I b).

Tanto la dificultad respiratoria como la prematurez se consideran causas contribuyentes y se anotan en la Parte II del Certificado Médico de Causas de Defunción.

Ejemplo 3

Mujer de 58 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de diez años de evolución. Desde hace tres años presenta nefropatía diabética. Se le hospitaliza tres días antes de su muerte y fallece por un infarto agudo del miocardio de pared anteroseptal de 1 hora de evolución.

Mujer de 58 años

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	(a) <u>Infarto agudo del miocardio anteroseptal</u> debido a o como consecuencia de	1 hora
	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
	(b) <u>Nefropatía diabética tipo 2</u> debido a o como consecuencia de	3 años
	(c) <u>Diabetes mellitus tipo 2</u> debido a o como consecuencia de	10 años
<hr/>		
II		
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		

El registro de las causas de defunción en el Certificado de Defunción se comienza a llenar en la Parte I a partir del inciso a) que corresponde a la causa directa de la muerte, que en este caso fue el infarto agudo del miocardio de la pared anteroseptal, que fue la última enfermedad atendida. Se considera que el infarto es debido a la nefropatía diabética, la cual se registra en el inciso I b) y ésta a su vez es consecuencia de la diabetes mellitus tipo 2 que se anota en el inciso I c), siendo ésta la causa básica de la defunción. Note que al disponer de la información sobre los tiempos de evolución de cada una de las enfermedades, el médico las anota en la columna de “intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte”.

Ejemplo 4

Hombre de 77 años con cáncer pulmonar diagnosticado hace 3 años. Hace 7 meses desarrolla metástasis a riñón. Ingresa al hospital hace 7 días con un cuadro hipertensivo que se complica hace 48 horas con una hemorragia cerebral y fallece. Recibía hierro por una anemia ferropénica de 5 años de evolución.

Hombre de 77 años

I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	(a) <u>Hemorragia cerebral</u> debido a o como consecuencia de (b) <u>Hipertensión arterial</u> debido a o como consecuencia de (c) <u>Metástasis renal</u> debido a o como consecuencia de (d) <u>Cáncer de pulmón</u>	2 días 7 días 7 meses 3 años

II

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

El médico ha descrito la siguiente cadena de eventos: la causa directa es la hemorragia cerebral de 2 días de evolución la cual anota en el inciso I a); ésta es debida a la hipertensión arterial de 7 días que anota en I b); la que a su vez es consecuencia del tumor maligno secundario renal, anotado en I c) que tiene como origen al tumor maligno del pulmón de 3 años de evolución y que se registra como causa básica de la defunción en el inciso I d).

La anemia ferropénica no se fue considera por el médico como una causa contribuyente y por tanto no se anota en la Parte II.

5.6 Anotar una única causa de defunción por línea

El Certificado de Defunción ha sido diseñado para anotar solamente una causa de defunción por renglón. Debe por tanto, en lo posible, respetarse este esquema, dado que no hacerlo genera confusiones en el tratamiento de los datos, llevando muchas veces a perder información sobre las verdaderas causas de la defunción.

Ejemplo 5

Hombre de 51 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal intenso y fuerte compromiso del estado general de más de un día de evolución. Se diagnostica apendicitis aguda complicada con peritonitis, pero fallece mientras es preparado para la cirugía.

El médico llenó el Certificado como sigue:

Hombre de 51 años

I		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	(a) <u>Peritonitis, apendicitis aguda</u> debido a o como consecuencia de	
Causas antecedentes	(b) _____ debido a o como consecuencia de	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	(c) _____ debido a o como consecuencia de	
	(d) _____	

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

La forma correcta de anotar las causas de esta defunción es:

Hombre de 51 años

I

Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Causas antecedentes

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

- (a) Peritonitis
debido a o como consecuencia de
- (b) Apendicitis aguda
debido a o como consecuencia de
- (c) _____
debido a o como consecuencia de
- (d) _____

II

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

En ocasiones hay afecciones o lesiones simultáneas que no pueden ser anotadas en secuencia por la forma en que se producen, por ejemplo: insuficiencia renal aguda y complicación vascular periférica debidas a diabetes mellitus tipo 2 o bien cuando varias lesiones después de un accidente o agresión, provocan la muerte, por ejemplo: fractura de la base del cráneo y ruptura de bazo e hígado debido a una caída de gran altura.

5.7. Anotar enfermedades y síndromes sin ambigüedades

Las causas de defunción anotadas en el Certificado deben especificarse lo mejor posible. Por ejemplo no es correcto anotar diabetes mellitus sin indicar su tipo y complicación, o registrar un tumor sin especificar su comportamiento y localización anatómica.

La especificación de los términos diagnósticos implica:

- Precisar la etiología, siempre que se conozca. Así, si el diagnóstico corresponde a una enfermedad transmisible y se dispone de información acerca del agente causal, es necesario registrarlo. Por ejemplo: meningitis meningocócica, meningitis por *Haemophilus influenzae* o meningitis por germen no especificado, en lugar de meningitis purulenta. O bien neumonía neumocócica, neumonía estafilocócica o neumonía por germen no especificado, en lugar de neumonía sin ninguna otra especificación.

Esta norma es aplicable también a causas no infecciosas, por ejemplo: aborto espontáneo o aborto inducido; aborto completo o aborto incompleto; cirrosis hepática alcohólica o cirrosis hepática por hormonas anticonceptivas.

- Especificar la localización anatómica de la enfermedad o lesión. Por ejemplo: quiste hidatídico pulmonar del lóbulo superior derecho o quiste hidatídico hepático; tuberculosis pulmonar, tuberculosis intestinal o tuberculosis miliar; adenocarcinoma broncogénico del pulmón derecho o adenocarcinoma de la próstata.

En el caso particular de los tumores malignos, si se dispone de la información sobre el tipo morfológico de tumor, es válido anotarla en el diagnóstico, pero sin omitir la localización anatómica.

- Considerar las secuelas, es decir, los efectos residuales que se producen años o décadas después de ocurrida la enfermedad que inició la cadena causal que condujo a la muerte, como por ejemplo, las cardiopatías reumáticas, que deben ser mencionadas como causas básicas si la defunción se debe a complicaciones terminales de la evolución de las mismas.

- Especificar los términos diagnósticos, de manera que se detalle la enfermedad y sus complicaciones, por ejemplo: en el caso de la diabetes mellitus se debe especificar su tipo (1, 2 o asociada a desnutrición) y las complicaciones (coma, cetoacidosis, renales, vasculares periféricas, etc.) que llevaron a la muerte.

5.8 Evitar en lo posible, la anotación de causas mal definidas y de causas imprecisas como única causa o como causa básica de la defunción

Se les llama “**causas mal definidas**” a los términos médicos que no aportan información desde el punto de vista clínico ni epidemiológico para establecer estrategias de prevención y control de las enfermedades.

Al hacer la certificación de una muerte el médico debe ser muy cuidadoso en no registrar como causa básica de defunción una causa mal definida o una causa imprecisa.

Ejemplos de **causas mal definidas** son:

Dolor abdominal

Falla orgánica múltiple

Fiebre

Hipotensión

Insuficiencia respiratoria aguda

Insuficiencia respiratoria

Insuficiencia respiratoria del recién nacido

Paro cardíaco

Paro cardiorrespiratorio

Senilidad

Vómitos

Como puede constatarse en los ejemplos, las causas mal definidas corresponden en realidad a signos, síntomas o etapas terminales de una enfermedad, por lo que no pueden ser consideradas como el padecimiento que inició la cadena de acontecimientos que llevaron a la muerte (causa básica de la defunción) y por tanto no deben ser anotadas en la última línea utilizada de la Parte I del Certificado.

En ocasiones el médico no tiene más información que algunos síntomas y signos mal definidos, debido a que no hubo posibilidad de practicar los exámenes necesarios o la necropsia y el interrogatorio a los familiares no aportó mayor información. En estos casos, que deberían ser los menos, se puede anotar síntomas o signos o causas mal definidas, lo cual es preferible a inventar diagnósticos.

La proporción de casos con causa básica de defunción correspondiente a una **causa mal definida** en una base de datos de mortalidad, además de ser un trazador de la calidad de los datos de mortalidad, constituye un indicador de la calidad de la atención médica que se brinda a una población determinada. Entre los factores que pueden influir en el aumento de este indicador negativo están: baja cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, mala calidad de los servicios médicos prestados, Certificados de Defunción llenados por personal no médico, bajo conocimiento del personal médico sobre el llenado del Certificado de Defunción, poca profundización en los antecedentes patológicos del paciente, bajo índice de realización de necropsias y deficiente trabajo de los Comités de Mortalidad de los establecimientos de salud, entre otros.

Las **causas imprecisas** son aquéllas que, aunque proporcionan información, tampoco son lo suficientemente específicas como para identificar entidades nosológicas que permitan establecer acciones de prevención y control. Denotan que no se ha llegado a establecer la verdadera causa básica de la defunción y por tanto se debe solicitar la correspondiente aclaración al médico certificante.

Ejemplos de **causas imprecisas** son:

Arritmia ventricular

Aterosclerosis generalizada

Cardiopatía no especificada

Cirrosis hepática

Deshidratación

Eventos de intención no determinada

Insuficiencia cardíaca

Insuficiencia hepática

Insuficiencia renal crónica

Miocarditis no especificada

Sepsis generalizada

Tromboembolismo pulmonar

Tumores malignos de sitio no especificado

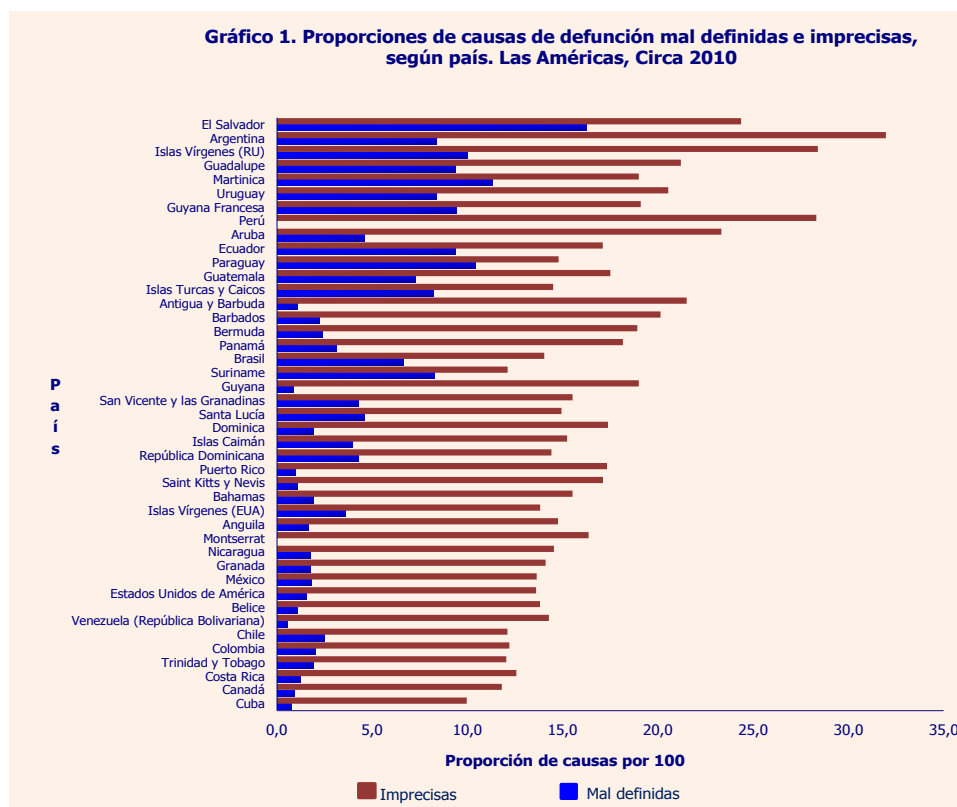
Tumores que no describen comportamiento y sitio anatómico afectado

Para conocer la cifra de las proporciones de “Causas de muerte mal definidas” y de “Causas de muerte imprecisas”, favor de consultar la Tabla 1 y el Gráfico 1.

Se debe evitar la anotación de **causas mal definidas** y de **causas imprecisas** en el Certificado. En algunos casos pueden ser anotadas, pero NO como causa básica de la defunción, sino como parte de la cadena de acontecimientos que llevan a la muerte, si bien esto puede implicar que se desperdicien líneas de la Parte I, impidiendo el registro de la secuencia completa de las causas de defunción.

En casos en que se contemple más de cuatro causas a anotar en la Parte I, se debe excluir en primer lugar las que correspondan a causas mal definidas o imprecisas.

Mathers y colaboradores¹⁸ califican las estadísticas de mortalidad como de alta calidad cuando la suma de causas mal definidas y causas imprecisas se encuentra por debajo del 10%, de mediana calidad, cuando ésta oscila entre el 10% y el 20% y de baja calidad, cuando supera el 20%.



Fuente: Base de datos Regional de Mortalidad de OPS/OMS

Datos elaborados en el Proyecto de Información y Análisis de Salud (HSD/HA), de la OPS

Algunos países carentes de información para este período no han sido incluidos en el gráfico (ver Tabla 1).

Otros países carecen de información sea para el grupo de causas imprecisas, sea para las mal definidas, por lo que figuran en el Gráfico 1 con una sola barra.

5.9 Seguir las recomendaciones para especificar las causas de defunción

A continuación se presenta una lista que contiene algunas causas de muerte mal definidas y causas imprecisas, que se debe evitar usar como causa básica de la defunción, o en caso de utilizarlas, deben ser complementadas con otra información según las instrucciones que se detallan.

Se debe evitar el uso de términos como los que se muestran en la columna A del listado, ya que corresponden a afecciones mal definidas o a complicaciones terminales de una enfermedad y no a una causa básica. En su lugar, se debe especificar lo que se solicita en la columna B, y anotar la causa que dio origen a esa afección mal definida o complicación terminal. Así por ejemplo: si se pretende anotar sólo “Sepsis”, debe especificarse el origen, causa o puerta de entrada de la sepsis.

LISTA DE CAUSAS QUE SE DEBE EVITAR USAR COMO CAUSA BÁSICA Y ESPECIFICACIONES REQUERIDAS PARA ESTABLECER LA CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

a) Defunciones por diversas afecciones, excepto accidentes o violencias

A. Causa de muerte que pretende registrar	B. Especificar
Arritmia cardíaca	Enfermedad que origina la arritmia cardíaca
Arteriosclerosis generalizada	Localización más importante de la arterioesclerosis y efecto mortal de la misma
Bloqueo cardíaco	Enfermedad que produce del bloqueo cardiaco
Bronconeumonía	Si es un cuadro terminal o una complicación de otra afección primaria, informe la misma y el tiempo de evolución
Bronconeumonía hipostática	Enfermedad que motivó el ingreso al hospital o la permanencia prolongada en cama y provocó la bronconeumonía hipostática
Cáncer	Sitio anatómico afectado, con la mayor precisión posible
Cardiopatía	Tipo de enfermedad cardíaca
Cardiopatía congénita	Tipo de cardiopatía congénita
Cirrosis hepática	Enfermedad o agente que produce la cirrosis hepática
Convulsiones	Enfermedad que provoca las convulsiones
Cor pulmonar crónico	Enfermedad pulmonar que provocó el cor pulmonar crónico
Cuadriplejia	Enfermedad o lesión que originó la cuadriplejia y tiempo de evolución de la misma

A. Causa de muerte que pretende registrar	B. Especificar
Deshidratación	Enfermedad o condición que provoca la deshidratación
Diabetes mellitus	Tipo de diabetes mellitus (tipo 1, tipo 2, asociada a desnutrición, etc.), así como el tipo de complicación mortal: coma, acidosis, renal, oftálmica, vascular periférica, etc.
Drogadicción	Identifique la droga que provoca la muerte. En caso de múltiples drogas, si es posible determine la que es la principal responsable del fallecimiento
Edema agudo de pulmón	Enfermedad o agente que provoca el edema agudo pulmonar
Encefalopatía	Enfermedad o agente que produce la encefalopatía
Encefalopatía tóxica	Agente tóxico y circunstancia en la que ocurrió
Enfermedad tóxica del hígado	Agente tóxico y circunstancia en la que ocurrió
Escaras de decúbito	Enfermedad que motivó el ingreso a hospital o la permanencia prolongada en cama y provocó las escaras
Falla orgánica múltiple	Enfermedad que provoca la falla orgánica múltiple
Fiebre	Enfermedad que provoca la fiebre
Hematemesis	Enfermedad o lesión que dio origen a la hematemesis
Hemiplejia	Enfermedad o lesión que originó la hemiplejia y tiempo de evolución de la misma
Hemorragia gastrointestinal	Enfermedad o lesión que origina la hemorragia
Hepatitis viral	Tipo de hepatitis viral: A, B, C, etc.
Hidrocéfalo (hidrocefalia)	Tipo de hidrocéfalo: obstructivo, postraumático y otros tipos
Insuficiencia cardíaca	Enfermedad que provoca la insuficiencia cardíaca
Insuficiencia hepática	Enfermedad que provoca la insuficiencia hepática
Insuficiencia renal crónica	Enfermedad que da origen a la insuficiencia renal crónica. Si se desconoce, al menos señale etapa de la insuficiencia renal crónica
Insuficiencia respiratoria	Enfermedad que provoca la insuficiencia respiratoria
Malformación congénita	Tipo de malformación congénita (órgano o sistema corporal afectado)
Melena	Enfermedad o lesión que origina la melena
Multimalformado (Polimalformado)	Tipo de malformaciones congénitas, definiendo cuál de ellas fue la causa básica de la defunción

A. Causa de muerte que pretende registrar	B. Especificar
Neumonía debida a sólidos o líquidos	Enfermedad o circunstancia que provocó la neumonía por aspiración e identificar la sustancia aspirada
Neumonía hipostática	Enfermedad que motivó el ingreso al hospital o la permanencia prolongada en cama y provocó la neumonía hipostática
Paraplejia	Enfermedad o lesión que originó la paraplejia y tiempo de evolución de la misma
Paro cardíaco	Omita esta causa. Sólo indica la forma de morir. En su lugar especifique la enfermedad, lesión o condición que provoca el paro cardíaco
Paro respiratorio	Omita esta causa. Sólo indica la forma de morir. En su lugar especifique la enfermedad, lesión o condición que provoca el paro respiratorio
Peritonitis	Enfermedad o lesión que provoca la peritonitis
Politraumatizado	Identifique si es posible la lesión responsable de la defunción y especifique la causa externa que la provocó
Senilidad	Omita esta causa. Registre la enfermedad que realmente provocó la muerte
Sepsis o sepsis generalizada	Origen, causa o puerta de entrada de la sepsis
Trastorno de los electrolitos	Enfermedad o condición que provoca el trastorno de los electrolitos
Tromboembolismo pulmonar	Enfermedad que origina el tromboembolismo pulmonar
Tumor	Comportamiento del tumor (maligno primario, maligno secundario, benigno, in situ) y sitio anatómico afectado
Vómitos	Enfermedad que provoca los vómitos

b) Defunciones por causas accidentales o violentas

A. Causa de muerte que pretende registrar	B. Especificar
Accidente de tránsito	Tipo de vehículo involucrado (automóvil, motocicleta, autobús, etc.); tipo de accidente (colisión con otro vehículo, vuelco); papel de la víctima en el tránsito (ocupante, conductor, peatón, etc.). Para fines estadísticos interesa conocer toda la información posible sobre las circunstancias del accidente.
Caída	Dónde, cómo y cuándo ocurrió la caída. Al igual que en los accidentes de tránsito y cualquier otra causa externa, interesa toda la información posible sobre las circunstancias del evento.
Disparo de arma de fuego	Identifique la lesión provocada y el tipo de arma utilizada (revólver, escopeta, etc.), así como la intencionalidad del evento.
Envenenamiento	Identifique la sustancia que provoca el envenenamiento y la intencionalidad del evento (accidental, agresión, autoinfligida).
Eventos de intención no determinada	¿La intencionalidad del hecho es realmente desconocida o es factible establecer un juicio médico presuntivo con la información de la que se dispone? La identificación de la intencionalidad del evento en el Certificado de Defunción es presuntiva y no corresponde necesariamente al resultado de la investigación legal que se lleve a cabo.

Se presentan a continuación algunos de los casos más frecuentes que derivan en llenados incorrectos o poco precisos.

- Paro cardiorrespiratorio
- Muerte natural
- Procedimiento quirúrgico
- Tumores

Paro cardiorrespiratorio

Cuando se anota sólo ese modo de morir en el Certificado, sin que figure ninguna otra causa, es considerado como una **causa mal definida**. En la estadística aparecerá como causa desconocida de muerte.

Ejemplo 6

Hombre de 67 años, que ingresa agónico a un Servicio de Urgencias y fallece a los pocos minutos. Se tiene el antecedente de que cursaba con cirrosis hepática. El médico llenó el Certificado de la siguiente manera:

Hombre de 67 años

I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	(a) <u>Paro cardiorrespiratorio</u> debido a o como consecuencia de (b) _____ debido a o como consecuencia de (c) _____ debido a o como consecuencia de (d) _____

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

La forma correcta de anotar las causas en el Certificado es:

Hombre de 67 años

I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	(a) <u>Paro cardiorrespiratorio</u> debido a o como consecuencia de (b) <u>Cirrosis hepática</u> debido a o como consecuencia de (c) _____ debido a o como consecuencia de (d) _____

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

Muerte natural

Si bien desde el punto de vista judicial es un término relevante, dado que descarta la muerte violenta, epidemiológicamente no puede ser aceptada como **causa de muerte**, ni tampoco lo es en la clínica médica.

Ejemplo 7

Mujer de 80 años con diagnóstico de cáncer de esófago en etapa terminal desde hace 5 años. Llega al hospital en paro cardiorrespiratorio luego de haberse aspirado un vómito. No presenta signos de violencia al examen físico.

El médico llenó el Certificado de la siguiente manera:

Mujer de 80 años

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
I		
Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	(a) <u>Muerte natural</u> debido a o como consecuencia de	
Causas antecedentes	(b) _____ debido a o como consecuencia de	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	(c) _____ debido a o como consecuencia de	
	(d) _____	
<hr/>		
II		
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	_____ _____	

La forma correcta de anotar las causas en el Certificado es:

Mujer de 80 años

I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	(a) <u>Cáncer de esófago</u> debido a o como consecuencia de	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 años
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;"/>		
II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	_____ _____	

Procedimiento quirúrgico

No es correcto registrar procedimientos médicos (incluidos los quirúrgicos) en el Certificado de Defunción. En su lugar debe anotarse la enfermedad que motiva la realización del procedimiento. Si un procedimiento quirúrgico aparece en el Certificado como la causa de muerte sin mención de la afección por la cual fue realizado, ni de los hallazgos de dicha operación, la causa básica de la defunción en ese Certificado será poco informativa.

Ejemplo 8

Mujer de 82 años, con diagnóstico de hipernefroma del riñón izquierdo, la cual se decidió tratar con nefrectomía. Fallece por infarto agudo del miocardio durante el proceso quirúrgico.

El médico llenó el Certificado de la siguiente manera:

Mujer de 82 años

Intervalo aproximado
entre el inicio de la
enfermedad y la
muerte

I

Enfermedad o estado
patológico que produjo la
muerte directamente

(a) ***Infarto agudo del miocardio***

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) ***Nefrectomía***

debido a o como consecuencia de

(c)

debido a o como consecuencia de

(d)

II

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

La forma correcta de anotar las causas en el Certificado es:

Mujer de 82 años

<p>I</p> <p>Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente</p>	<p>(a) <u>Infarto agudo del miocardio</u> debido a o como consecuencia de</p>	<p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte minutos</p>
<p>Causas antecedentes</p> <p>Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p>	<p>(b) <u>Hipernefroma del riñón izquierdo</u> debido a o como consecuencia de</p> <p>(c) _____ debido a o como consecuencia de</p> <p>(d) _____</p>	<p>años</p>

<p>II</p> <p>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
---	---------------------------

Al clasificar la causa de defunción en este Certificado de Defunción mal elaborado, donde sólo aparece “Nefrectomía” en la última línea utilizada, la causa básica de la defunción será “enfermedad renal sin especificación” en razón de que en la descripción del procedimiento se ha indicado el órgano afectado.

En el Certificado de Defunción correctamente elaborado, se han anotado las causas en correcta relación causal y se ha identificado la verdadera causa básica de la defunción que es el hipernefroma del riñón izquierdo.

Es importante aclarar que las complicaciones consecutivas a un procedimiento médico pueden y deben ser anotadas en el Certificado de Defunción, constituyendo esta situación la única en que es correcto hacer referencia a los procedimientos.

Tumores

Cuando un tumor maligno se considera como la causa básica de la defunción es muy importante **determinar el sitio primario**, por lo que si se conoce, debe mencionarse en el Certificado, de lo contrario quedará clasificado como tumor maligno de sitio primario desconocido, lo que para propósitos de prevención y control de las neoplasias es insuficiente.

Ejemplo 9

Hombre de 60 años, que fallece por edema agudo del pulmón debido a cáncer metastásico pulmonar de 1 año de evolución, que derivó de un adenocarcinoma de próstata que fue operado hace 4 años

El médico llenó el Certificado de la siguiente manera:

Hombre de 60 años

I			
Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
	(a) <u>Edema agudo del pulmón</u>		
	debido a o como consecuencia de		
Causas antecedentes	(b) <u>Metástasis pulmonares</u>		1 año
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	debido a o como consecuencia de		
	(c) _____		
	debido a o como consecuencia de		
	(d) _____		

II			
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo	_____		

La forma correcta de anotar las causas en el Certificado es:

Hombre de 60 años

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	(a) <u>Edema agudo del pulmón</u>	horas
	debido a o como consecuencia de	
	(b) <u>Metástasis pulmonares</u>	1 año
	debido a o como consecuencia de	
	(c) <u>Adenocarcinoma de la próstata</u>	4 años
	debido a o como consecuencia de	
	(d) _____	
<hr/>		
II		
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	_____	

En el Certificado de Defunción mal elaborado, donde sólo aparece “Metástasis pulmonares” en la última línea utilizada, la causa básica de la defunción será “Tumor maligno de sitio primario desconocido” en razón de que el médico no incluyó el sitio primario del tumor maligno (Adenocarcinoma de la próstata).

En el Certificado de Defunción correctamente elaborado, se han anotado las causas en correcta relación causal y se ha identificado la verdadera causa básica de la defunción que es el adenocarcinoma de la próstata.

5.10 Emplear en caso de que proceda, los apartados especiales del Certificado de Defunción: Muerte de mujer en edad fértil y muerte por causa accidental o violenta.

5.10.1 Muerte de mujer en edad fértil

En ocasiones, debido al mal llenado del Certificado de Defunción, se produce una errónea clasificación de una muerte materna. Para evitar esto el Certificado de Defunción debe incluir un apartado o sección específica, para que en el caso de la muerte de una mujer en edad fértil, se dé respuesta a unas preguntas que permiten identificar si la muerte ocurrió durante el embarazo, el parto o el puerperio e incluso después de los 42 días posteriores a la fecha del parto o aborto pero antes de un año.

Ejemplo 10

Mujer de 38 años hospitalizada una semana después de parto de producto único nacido vivo. Fallece a los tres días de su internamiento, donde desde su ingreso se diagnostica sepsis.

El médico llenó el Certificado de la siguiente manera:

Mujer de 38 años

<p>I</p> <p>Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p>	<p>(a) Sepsis</p> <p>debido a o como consecuencia de</p> <p>(b)</p> <p>debido a o como consecuencia de</p> <p>(c)</p> <p>debido a o como consecuencia de</p> <p>(d)</p>	<p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</p> <p>3 días</p>

<p>II</p> <p>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	

En el apartado de “Muerte de mujer en edad fértil” el médico omite indicar que la defunción ocurrió durante el puerperio.

Muerte de mujer en edad fértil		
Anote si la muerte ocurrió durante:		
Embarazo ()	Parto ()	Puerperio ()
43 días – 11 meses después del parto o aborto () No estaba embarazada ()		

En razón de lo anterior el evento queda mal clasificado y la causa básica de la defunción es sepsis, sin considerar siquiera que es una muerte materna.

La forma correcta de anotar las causas en el Certificado es:

Mujer de 38 años

I		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días
Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	(a) <i>Sepsis puerperal</i> debido a o como consecuencia de	
Causas antecedentes	(b) _____ debido a o como consecuencia de	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	(c) _____ debido a o como consecuencia de	
	(d) _____	

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

En el apartado de “Muerte de mujer en edad fértil” el médico indicó que la defunción ocurrió durante el puerperio.

Muerte de mujer en edad fértil		
Anote si la muerte ocurrió durante:		
Embarazo ()	Parto ()	Puerperio (✕)
43 días – 11 meses después del parto o aborto () No estaba embarazada ()		

La causa básica de la defunción es sepsis puerperal y el evento se clasifica como muerte materna.

5.10.2 Muerte por causa accidental o violenta

Cuando la muerte es resultado de un accidente, una agresión o una lesión autoinfligida, lo que interesa para fines de prevención, es el tipo de accidente o violencia que causó la muerte. Así, si hubo un accidente de tránsito se requiere saber qué clase de accidente fue (ejemplo accidente de motocicleta).

Es importante determinar en primer lugar la presunta intencionalidad del hecho (si fue accidente, agresión o lesión autoinfligida). Para esto, es recomendable que el Certificado de Defunción cuente con un apartado o sección específica cuando la muerte es accidental o violenta y debe incluir la identificación del evento que de manera presuntiva puede clasificarse como:

- Accidente
- Agresión
- Lesión autoinfligida
- Evento de intención no determinada

Asimismo debe incluir un espacio para describir las circunstancias en que se presentó el evento. Por ejemplo en el caso de accidentes del transporte terrestre debe indicarse el tipo de vehículos involucrados (cabalgadura,

carreta, bicicleta, motocicleta, automóvil, camioneta, furgón, autobús, camión, tren, etc.), señalando claramente el tipo de vehículo en que viajaba la víctima y especificar si era conductor, o pasajero u otro tipo de participante (acompañante del conductor, persona que viaja fuera del vehículo, etc.). En caso de colisión con otro vehículo debe anotarse de qué tipo era o bien, si se impactó contra un objeto fijo, por ejemplo una valla o un poste. Si no hubo colisión, indicar si se presentó un vuelco.

En caso de otros tipos de accidente debe especificarse el mecanismo del mismo, por ejemplo si ocurrió una caída (detallando cómo y de dónde cayó la persona) o en el caso de un envenenamiento accidental, identificar la sustancia ingerida, aspirada o contactada.

En relación a las agresiones debe indicarse las circunstancias de la violencia, por ejemplo el tipo de arma u objeto involucrado, o el modo en que se sufrió la agresión.

En el caso de los suicidios también es importante detallar las circunstancias en que se presentó la lesión autoinfligida.

Además, como información complementaria de este apartado, se solicita los datos sobre fecha y lugar de ocurrencia del evento accidental o violento, que pueden ser los mismos de la defunción o haber ocurrido en un día y en un sitio distinto del lugar donde se produjo finalmente la muerte.

En el caso de las muertes accidentales es de primera importancia identificar también si el evento corresponde a un accidente de trabajo o si ocurrió en el trayecto (del hogar al centro de trabajo o del centro de trabajo al hogar).

Para todos los casos es necesario detallar la naturaleza de la(s) lesión(es) resultantes de la acción de la causa externa, las cuales se anotan en la Parte I del Certificado de Defunción, como causas directas o antecedentes, excepto en la última línea que se desee utilizar, donde se especifica precisamente la causa externa.

Aunque no exista este apartado para describir las circunstancias de la causa externa de la lesión, éstas pueden ser anotadas como calificativos de la causa básica en la Parte I del Certificado de Defunción, en la última línea que se informe.

Ejemplo 11

Hombre de 26 años que presenta traumatismo craneoencefálico consecutivo a la volcadura de la motocicleta que iba manejando en la autopista. Treinta minutos después del accidente se le traslada al hospital más cercano donde a la hora de su internamiento sufre hemorragia intracerebral profunda y muere.

El médico anotó las siguientes causas en el Certificado de Defunción:

Hombre de 26 años

I		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	(a) <u>Hemorragia intracerebral profunda</u> debido a o como consecuencia de	60 minutos
Causas antecedentes	(b) <u>Traumatismo craneoencefálico</u> debido a o como consecuencia de	90 minutos
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	(c) _____ debido a o como consecuencia de	
	(d) _____	
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>		
II		
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	_____	

En la secuencia de causas informada en la Parte I, así como en el apartado de “Muerte por causa accidental o violenta” el médico omitió indicar que el evento fue un accidente y que el fallecido conducía una motocicleta en la autopista y volcó su vehículo.

En razón de lo anterior el evento queda mal clasificado y la causa básica de la defunción es el traumatismo craneoencefálico, pero no se identifica la causa externa que lo provocó, quedando tipificado como accidente no especificado, de causa no especificada.

La forma correcta de anotar las causas de esta defunción es la siguiente:

Hombre de 26 años

I			
Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente	(a) <u>Hemorragia intracerebral profunda</u>	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	60 minutos
	debido a o como consecuencia de		
Causas antecedentes	(b) <u>Traumatismo craneoencefálico</u>		90 minutos
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	(c) <u>Vuelco de conductor de motocicleta en autopista</u>		90 minutos
	debido a o como consecuencia de		
	(d) _____		

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

En el apartado de “Muerte por causa accidental o violenta” el médico indicó:

Muerte por causa accidental o violenta		
Anote si la muerte es consecuencia de un presunto:		
Accidente (✕)	Agresión ()	Lesión autoinfligida ()
Evento de intención no determinada ()		

Lugar de ocurrencia de la muerte por causa accidental o violenta
Vivienda () Institución residencial () Escuela o área administrativa ()
Calle o carretera (✕) Comercio o área de servicio ()
Área industrial o de construcción () Granja () Otro lugar ()
Lugar no especificado ()

Descripción de las circunstancias del accidente o violencia
La persona conducía su motocicleta a exceso de velocidad en la carretera, perdió el control y volcó su vehículo. El accidente ocurrió en el trayecto de su casa a su centro de trabajo.

¿En caso de muerte accidental, la muerte ocurrió en el lugar de trabajo o durante el trayecto al o desde el mismo?
Sí (✕) No ()

En razón de lo anterior la causa básica de la defunción es la volcadura de la motocicleta en la autopista.

Bibliografía

¹**Sobre la estimación de tasas de mortalidad para países de la Región de las Américas** (preparado por J. Silvi). Boletín Epidemiológico OPS, Vol. 24 No. 4, Diciembre 2003.

²**OPS/OMS Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.** Edición de 2008, Publicación Científica No. 554, Washington, D.C.

³**OPS/OMS Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.** Edición de 2008, Volumen 2, Manual de Instrucciones, Publicación Científica No. 554, Washington, D.C., 183 pp., p. 142

⁴**Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Estadística. Principios y recomendaciones para un sistema de estadísticas vitales, Revisión 2.** Asuntos Económicos y Sociales, División de Estadística, Naciones Unidas. Nueva York: Naciones Unidas, 2003. pág. 184, Manual. ST/ESA/STAT/SER.M/19/Rev.2.

⁵**Díaz T., V. Departamento de Neurología y Neurocirugía: Muerte cerebral o muerte encefálica. La muerte es una sola.** Rev Hosp Clín Univ Chile 2009; 20: 263.

⁶**Secretaría de Salud de México: Diagnóstico de muerte encefálica.** Guía de Práctica Clínica. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: SSA-488-11.

⁷ Ibíd. 3

⁸**OPS/OMS Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.** Edición de 2008, Volumen 2, Manual de Instrucciones, Publicación Científica No. 554, Washington, D.C., 183 pp., p. 147 y 148.

⁹ Ibíd. 8, p. 148.

¹⁰**OPS/OMS Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.** Edición de 2008, Volumen 2, Manual de Instrucciones, Publicación Científica No. 554, Washington, D.C., 183 pp., p. 32.

¹¹ Ibíd. 10, p.33

¹² Ibíd. 10, p.34

¹³**Zacca PE, Martínez MA. ¿Cómo llenar un certificado médico de defunción? Reflexiones e instrucciones en torno a un llenado correcto.** Cuba, Universidad Virtual de Salud (supercurso); 2006.

- ¹⁴ **OPS/OMS Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.** Edición de 2008, Volumen 2, Manual de Instrucciones, Publicación Científica No. 554, Washington, D.C., 183 pp., p. 102
- ¹⁵ **Conde Vinacur, J. La contribución del médico en cuanto al conocimiento de los problemas de salud de la comunidad a partir de la correcta certificación de las causas de muerte. Participación del médico en las estadísticas de mortalidad.** Argentina: Sistema Estadístico de Salud, Subsistema Estadísticas Vitales, Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud y Ambiente. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Capacitacion/contribucion.htm>
- ¹⁶ **OPS/OMS Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.** Edición de 2008, Volumen 2, Manual de Instrucciones, Publicación Científica No. 554, Washington, D.C., 183 pp., p. 35
- ¹⁷ **Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Certificado de Defunción. Guía para el correcto llenado del certificado manual y electrónico.** Curso de educación a distancia, 2012
- ¹⁸ **Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data.** Bulletin of the World Health Organization. 2005 Mar; 83(3):171-177.

