

El registro de las causas de muerte y las estadísticas de mortalidad

Dirección de Estadísticas e información de Salud



**Secretaría
de Gobierno
de Salud**



**Ministerio de Salud
y Desarrollo Social
Presidencia
de la Nación**

Introducción

El presente documento tiene como objetivo acercar a las y los profesionales médicos de la República Argentina un contenido específico sobre el registro adecuado de las causas de muerte.

El contenido que se presenta se extrajo del curso virtual sobre el correcto llenado del certificado de defunción que ofrece la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELAC SIS)¹.

En primer lugar se presentan definiciones internacionales con las cuales las y los profesionales médicos deben familiarizarse para certificar adecuadamente las defunciones. Luego se da a conocer el Modelo Internacional de Certificado Médico de Causas de Defunción para hacer un registro completo y correcto de las causas de muerte en el Informe Estadístico de Defunción. El documento finaliza con una síntesis en 10 recomendaciones concretas para lograr una correcta certificación.

Se espera que la lectura de este material permita a los lectores, a partir de un caso clínico hipotético o de la vida real, hacer un correcto registro de las causas de muerte acorde a las normas internacionales y de nuestro país.

Se agradece la Cooperación de la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELAC SIS) por permitir replicar el material del curso para la elaboración de este material didáctico.

¹El curso es de acceso gratuito y está disponible en el campus VIRTUAL de Salud Pública de OPS <https://www.campusvirtualesp.org/es/courses/self-learning?title=correcto+llenado+del+certificado+de+defunci%C3%B3n>

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

1-Definiciones internacionales relacionadas con la certificación de 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 vivo (1), (2).

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 (1), (2).

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 otros (3). 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 encefálico.

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 voluntaria (1), (2).

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 incidentales (1).

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 embarazo (1).

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 mencionadas (1).

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 embarazo (1).

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 lesiones (1).

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 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 fatal (1).

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 sucesivas 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 clínico 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 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) (1) 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.

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 morir (1).

Causa antecedentes, 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 sí (1).

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 II (1).

1.2 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 en la República Argentina está incluido en el Informe Estadístico de Defunción.

Esta es la sección más importante y 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.

En nuestro país existen dos formularios para certificar una defunción. En la práctica el médico llena dos secciones, una primera, denominada Certificado de Defunción, que tiene valor legal para atestiguar que la persona falleció y que pueda ser realizado el trámite funerario correspondiente y una segunda, denominada Informe Estadístico de Defunción (IED).

Este Informe es la fuente de las Estadísticas de Causas de Muerte en nuestro país, 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.

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 el Informe Estadístico, 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 muerte (1).

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), y c).

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

Modelo Internacional de Certificado Médico de Causas de Defunción

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

<p>II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><small>*No quiere decirse con esto la manera o modo de morir, p. ej. debilidad cardíaca, astenia, etc. Significa propiamente la enfermedad, traumatismo o complicación que causó la muerte.</small></p>	

Fuente: Extraído del curso virtual sobre el correcto llenado del certificado de defunción

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.

1.3 Diferencias entre la anotación de diagnósticos en la Historia clínica y de causas de muerte en el Informe Estadístico 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 Informe Estadístico 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 Informe Estadístico 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.

Semejanzas y diferencias entre la correcta anotación de información en la Historia Clínica y en el Informe Estadístico de Defunción, como instrumento de la actividad en 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.

Fuente: Extraído del curso virtual sobre el correcto llenado del certificado de defunción

1.4 Secciones especiales del Informe Estadístico de Defunción

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

Las mujeres en edad fértil 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”, 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 la defunción no debe obviar el llenado de esta sección que en nuestro país se incluye en el IED para todas las mujeres de 10 a 59 años.

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

La definición de causa básica de la defunción, anteriormente explicada 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. 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, se incluye en el IED un apartado o sección con preguntas adicionales acerca de:

- a) la presunción de la intencionalidad del evento, que permite clasificarlo como accidental, como agresión, como lesión auto infligida o como de intención que no pudo ser determinada a través de su peritaje.
- b) el máximo detalle posible en la descripción de las circunstancias o del hecho violento o accidental.
- c) el lugar y la fecha de ocurrencia del evento accidental o violento.

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

2-Decálogo para la certificación

En síntesis, se deben tener en cuenta diez consideraciones para completar adecuadamente el IED al certificar una defunción:

1. Constatar la defunción y completar personalmente el Certificado de Defunción
2. Utilizar toda la información disponible sobre la persona fallecida
3. Emplear letra legible (tipo molde o de imprenta).
4. Evitar abreviaturas y/o siglas.
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.
6. Anotar una sola causa de defunción por línea.
7. Anotar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
8. Evitar en lo posible, la anotación de INTERMEDIAS O FINALES como única causa o como causa básica de la defunción.
9. Seguir las recomendaciones para especificar las causas de defunción.
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.

Bibliografía

- (1) **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
- (2) **Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División 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.
- (3) **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.