

# El certificado de defunción en el aborto y la muerte perinatal

DIANA CECILIA JARAMILLO POSADA

---

MD. Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia  
Docente vinculada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia  
Docente Grupo Perinatología, Departamento de Ginecología y Obstetricia  
Integrante del grupo NACER Centro de Salud Sexual y Reproductiva

El certificado de defunción es una herramienta fundamental para conocer las estadísticas de mortalidad de un país; de ahí que todos los esfuerzos que se llevan a cabo para mejorar su correcto diligenciamiento sean indispensables. En Colombia se constituye en un documento legal y existe una normatividad que lo rige.

## DEFINICIONES

Para realizar adecuadamente un certificado de defunción en aborto o muerte perinatal es importante recordar las definiciones básicas relacionadas con estos conceptos:

**Aborto:** se trata de la pérdida de la gestación antes de la semana 22, o de un producto cuyo peso es inferior a 500 gramos.

**Mortinato:** feto que nace muerto y cuya edad gestacional es mayor o igual a 22 semanas, o que tiene un peso mayor o igual a 500 gramos.



**Muerte fetal:** es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte se evidencia por el hecho de que, después de la separación, el feto no respira ni da otras señales de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

**Muerte neonatal temprana:** se trata de la muerte de un recién nacido en los primeros 7 días de vida

**Muerte neonatal tardía:** muerte de un neonato después del día 7 de vida y antes del día 28.

**Muerte perinatal:** son todas aquellas muertes de fetos o neonatos que ocurren después de la semana 22 de gestación y hasta el séptimo día de vida, es decir que incluye los mortinatos y las muertes neonatales tempranas.

En todos los casos se tendrá como referente de preferencia el peso del feto al nacer sobre la edad gestacional; así, si una mujer dice que tiene un embarazo de 16 semanas pero el feto pesa 500 gramos o más, se considerará una muerte perinatal; y al contrario, si la paciente considera tener una edad gestacional de 30 semanas, pero el feto pesa menos de 500 gramos, se tratará de un aborto. En los casos en los cuales no se conozca el peso fetal, se clasificará el tipo de defunción de acuerdo con la edad gestacional.

### ¿CUÁNDO SE DEBE DILIGENCIAR CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN?

En todos los casos de muerte fetal y neonatal. Esto quiere decir que se les debe realizar certificado de defunción a los abortos, independientemente de su peso, y aún en aquellos casos en los que no se ve el embrión y la paciente consulta por un aborto incompleto; de igual manera en los casos de embarazo ectópico.

### NORMAS PARA LA CERTIFICACIÓN EN ABORTO

En muchos países el aborto no requiere certificación; por lo tanto, el subregistro es muy alto; sin embargo, en Colombia existe interés por parte del DANE en cuantificar el número de muertes fetales precoces o abortos. Por lo tanto, todos los abortos requieren el diligenciamiento del certificado de defunción.



Como en la mayoría de los casos se desconoce la causa básica de la muerte fetal o el aborto, esta casilla se puede diligenciar, de acuerdo con la CIE 10, así:

1. Aborto espontáneo, completo o incompleto: se usa cuando no se trata de un aborto provocado y cuando no existe indicio de que la causa de la muerte fue externa. Código P018
2. Feto afectado por traumatismo materno. Código P005
3. Malformaciones congénitas. Códigos Q00 – Q99
4. Feto afectado por enfermedad materna. Códigos P00 – P04

#### NORMAS PARA LA CERTIFICACIÓN EN MUERTE PERINATAL

Como se indicó previamente, la perinatal corresponde a las muertes de mayores de 500 gramos y 22 semanas. El error más frecuente al llenar este certificado es no tener en cuenta, como causa básica, las causas maternas que llevaron a la muerte perinatal.

A menos que se trate de la única causa informada, no se deben anotar los siguientes códigos como causa básica:

- P008: feto y recién nacido afectados por otras afecciones maternas
- P009: feto y recién nacido afectados por afección materna no especificada
- P20: hipoxia intrauterina
- P21: asfixia del nacimiento

Los paros cardiorrespiratorios no son causa de muerte y en todos los casos el DANE los recodificará como P95X, que corresponde a muerte fetal de causa no especificada.

En cuanto a las causas de defunción, el certificado indica que en todos los casos de muerte fetal, o de menores de 7 días, se deben informar también las causas maternas directas o indirectas en las casillas c y d.

**Causa directa:** se trata del mecanismo fisiopatológico que produjo la muerte directamente. Corresponde a la casilla a.

**Causas antecedentes:** son los estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa consignada en a, mencionándose en último lugar la causa básica o fundamental. Corresponde a las casillas b, c y d.

**Otros estados patológicos importantes:** que contribuyeron a la muerte pero no están relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo.



## ERRORES FRECUENTES EN EL DILIGENCIAMIENTO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

1. Inventar o “crear” enfermedades que no están codificadas en la CIE 10; por ejemplo el “amague de aborto”.
2. Escribir diagnósticos que no corresponden al tipo de muerte, si fue fetal o no; ejemplo de esto es poner como causa de muerte la enfermedad de membrana hialina o la “prematurez extrema” en un mortinato. No es lógico que un bebé que nunca respiró, muera de una de estas causas. Y el otro caso es el de una muerte neonatal a la que se le asigna como causa: “muerte fetal de causa no especificada”, pues se supone que nació vivo y luego falleció.
3. No llevar una secuencia lógica en las causas, describiendo la causa directa como la básica, y al contrario.
4. Ignorar las enfermedades maternas que llevaron a la muerte perinatal, como la preeclampsia, las infecciones del tracto genitourinario, las enfermedades del colágeno, entre otras.
5. La causa “mortinato” no existe; sin embargo, se debe aclarar que en los casos en que no se encuentre ninguna causa de muerte, luego de un interrogatorio materno exhaustivo, se acepta que se describa como única causa: muerte fetal de causa no especificada.

## LECCIONES Y EJEMPLOS

### Caso 1

Una mujer de 36 años con diagnóstico de preeclampsia severa, a quien se le induce el parto por esta razón en la semana 32 de gestación. El feto nace vivo y muere tres días después por enfermedad de membrana hialina.

Causa a Insuficiencia respiratoria

Causa b Enfermedad de membrana hialina

Causa c Preeclampsia severa

**Lección:** en la mayoría de los casos, estos recién nacidos van a una unidad de cuidados intensivos y son atendidos por pediatras, quienes al diligenciar el certificado ignoran cuál fue la razón básica por la que el parto ocurrió antes del término. Al no describir la preeclampsia, se ignora



el hecho de que fue una enfermedad materna la que causó este nacimiento, y de allí se derivó la muerte perinatal.

### Caso 2

Adolescente con diabetes tipo 1, mal controlada, que consulta con embarazo de 40 semanas y ausencia de movimientos fetales. Se confirma la muerte fetal y se le induce el parto. Se atiende el parto de un mortinato sin malformaciones externas aparentes.

Causa a Feto afectado por trastorno nutricional de la madre

Causa b

Causa c Diabetes materna no controlada

**Lección:** en algunos casos se puede dejar sin llenar una casilla intermedia. Es importante hacer notar que, si no se describe la diabetes materna mal controlada, la causa de muerte habría sido “muerte fetal de causa no especificada” como única razón, cuando en realidad se debió a la diabetes de una madre adolescente que no llevó un adecuado control metabólico durante el embarazo. Esta situación remite a un deficiente control prenatal, evento sobre el cual se pueden adoptar algunas medidas o conductas, mientras que si se hubiese clasificado de la otra manera no será posible adoptar ningún plan de mejoramiento.

### Caso 3

Paciente de 26 años, con embarazo de 35 semanas, que sufre ruptura prematura de membranas. Tres días atrás había presentado una infección urinaria para la cual se tomó una cápsula de ampicilina. Nace un bebé de 2.400 gramos, que luego de varios intentos de remisión fallida por “falta de camas”, muere en el hospital local dos días después, como consecuencia de una sepsis.

Causa a Sepsis bacteriana del recién nacido no especificada

Causa b

Causa c Ruptura prematura de membranas

Causa d Infección urinaria materna

**Lección:** debido a que esta paciente tenía una infección urinaria que no se trató adecuadamente, ocurrió la ruptura de las membranas ovulares y, como consecuencia, se presentaron un parto prematuro y una infección congénita asociada. En caso de no tener en cuenta esto, al plantear una estrategia de mejoramiento podría llegarse a la conclusión errada



de que se requieren más unidades de cuidados intensivos neonatales, cuando la realidad era que si se hubiese realizado un tratamiento adecuado de la infección urinaria en la madre, no se habrían presentado la ruptura de las membranas, el parto ni la infección neonatal.

## CONCLUSIONES

El certificado de defunción en muerte perinatal tiene un valor no sólo estadístico, sino que, además, su correcto diligenciamiento ayuda a crear verdaderas estrategias de mejoramiento que sí tienen impacto en la mortalidad perinatal.

Se debe interrogar muy bien a la madre acerca de posibles contactos con tóxicos, infecciones, enfermedades y traumas que se puedan asociar con la causa de muerte; sin embargo se reconoce que en los casos de mortinatos es muy difícil llegar a un diagnóstico preciso. En todos estos casos, y por norma del Ministerio de la Protección Social, se puede realizar la necropsia del feto o del neonato, previo consentimiento materno, cuando la causa de muerte no está clara. Su costo debe ser cubierto por los respectivos entes de salud.

## ANEXOS

República de Colombia			
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN			
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL			
Ministerio de la Protección Social		DANE	
CONFIDENCIAL Los datos que el DANE recibe en este formulario, son estrictamente confidenciales estrictamente bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.		NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	
(Consulte instrucciones al respaño)			
<b>I. INFORMACIÓN GENERAL</b>			
LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		Municipio	
Departamento: _____		Municipio: _____	
Área donde ocurrió la defunción <input type="checkbox"/> Cabeecera municipal <input type="checkbox"/> Centro poblado <input type="checkbox"/> Rural disperso		TIPO DE DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> Fatal <input type="checkbox"/> No fatal	
Inspección, coronamiento o censo		FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año: [ ] [ ] [ ] Mes: [ ] [ ] Día: [ ] [ ]	
SEXO DEL FALLECIDO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado		HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Sin establecer	
APELLIDOS Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____		Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO <input type="checkbox"/> Registro civil <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Sin información		NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)	
PROBABLE MANERA DE MUERTE <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Violenta <input type="checkbox"/> En estudio			
<b>DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN</b>			
APELLIDOS Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____		Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte		NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)	
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> (Ocupación) de salud		REGISTRO PROFESIONAL	
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento: _____ Municipio: _____ Año: [ ] [ ] Mes: [ ] [ ] Día: [ ] [ ]		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	






**República de Colombia**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**CONFIDENCIAL**  
Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 31.

1. NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

(Consulte instrucciones anexas)

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

2. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN  
Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

3. ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN  
 1. Cabecera municipal     2. Centro poblado \_\_\_\_\_     3. Rural disperso  
Inspección, conguirrento o caserío

4. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN     1. Hospital/clínica     2. Centro/puesto de salud     3. Casa/domicilio  
 4. Lugar de trabajo     5. Vía pública     6. Otro sitio, ¿cuál? \_\_\_\_\_     8. Sin información

5. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

6. TIPO DE DEFUNCIÓN     1. Fetal     2. No fetal

7. FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN  
 Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

8. HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN    Hora \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_     Sin establecer

9. SEXO DEL FALLECIDO     1. Masculino     2. Femenino     3. Indeterminado    Si la muerte es fetal, pase a la pregunta 19

10. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)  
 Segundo apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

11. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO     1. Registro civil     2. Tarjeta de identidad     3. Cédula de ciudadanía     4. Cédula de extranjería     5. Pasaporte     9. Sin información

12. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) \_\_\_\_\_

13. FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO  
 Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

14. ESTADO CONYUGAL DEL FALLECIDO  
 1. No estaba casado(a) y llevaba dos o más años viviendo con su pareja     2. No estaba casado(a) y llevaba menos de dos años viviendo con su pareja     3. Estaba separado(a), divorciado(a)     4. Estaba viudo(a)     5. Estaba soltero(a)     6. Estaba casado(a)     9. Sin información

15. EDAD DEL FALLECIDO  
 0. Menor de una hora (en minutos) (00-59)     1. Menor de un día (en horas) (01-23)     2. Menor de un mes (en días) (01-29)     3. Menor de un año (en meses) (01-11)     4. De un año o más (en años cumplidos)    Edad \_\_\_\_\_

16. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EL FALLECIDO  
 1. Preescolar     2. Básica primaria     3. Básica secundaria     4. Media académica o clásica     5. Media técnica     6. Normalista     7. Técnica profesional     8. Tecnológica     9. Profesional     10. Especialización     11. Maestría     12. Doctorado     13. Ninguno     19. Sin información

Último año o grado aprobado \_\_\_\_\_

17. LA OCUPACIÓN PUDO SER CAUSA O ESTAR ASOCIADA CON LA DEFUNCIÓN     1. Sí     2. No  
 Accidente de trabajo     Enfermedad profesional  
 ¿Cuál fue la última ocupación habitual del fallecido? \_\_\_\_\_

18. DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO:  
 1. Indígena     2. Rom (gitano)     3. Racial del Archipiélago de San Andrés y Providencia     4. Palenquero de San Basilio     5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente     6. Ninguno de los anteriores  
 ¿A cuál pueblo indígena pertenecía? \_\_\_\_\_

19. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)  
 País \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

20. ÁREA DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)  
 1. Cabecera municipal    Barrio \_\_\_\_\_    Dirección \_\_\_\_\_    Localidad o comuna \_\_\_\_\_  
 2. Centro poblado (inspección, conguirrento o caserío) \_\_\_\_\_  
 3. Rural disperso    Vereda \_\_\_\_\_

21. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)  
 1. Contributivo     2. Subsidiado     3. Excepción     4. Especial     5. No asegurado

22. ENTIDAD ADMINISTRADORA EN SALUD A LA QUE PERTENECIÓ EL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, LA ENTIDAD ADMINISTRADORA A LA QUE PERTENECE LA MADRE)  
 Tipo de administradora     1. Entidad Promotora de Salud     2. Entidad Promotora de Salud-Subsidiada     3. Entidad Adaptada de Salud     4. Entidad Especial de Salud     5. Entidad Excepcional de Salud  
 Nombre de la administradora \_\_\_\_\_

23. PROBABLE MANERA DE MUERTE     1. Natural     2. Violenta     3. En estudio

24. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EXPEDIDO POR:  
 1. Médico tratante     2. Médico no tratante     3. Médico legista     4. Personal de salud autorizado     5. Funcionario del Registro Civil

**II. DEFUNCIÓNES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO**

25. LA MUERTE FETAL O DEL MENOR DE UN AÑO OCURRIÓ CON RELACIÓN AL PARTO  
 1. Antes     2. Durante     3. Después     4. Ignorado

26. TIPO DE PARTO –EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ POR PARTO:  
 1. Espontáneo     2. Cesárea     3. Instrumentado     4. Ignorado

27. MULTIPLICIDAD –EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ DE UN EMBARAZO:  
 1. Simple     2. Doble     3. Triple     4. Cuádruple o más     5. Ignorado

28. TIEMPO DE GESTACIÓN DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO  
 Semanas completas     Ignorado

29. PESO AL NACER DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO  
 Gramos    ➔ Continuar al respaldo

Impreso en la Dirección de Estadística, Muestreo y Censos del Departamento del DANE. Formulario DANE D-02. Septiembre de 2022.



II. DEFUNCIONES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO (conclusión)		
<b>DATOS DE LA MADRE DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO</b>		
30. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)		
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre
31. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE		
<input type="checkbox"/> 1. Registro civil <input type="checkbox"/> 2. Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> 3. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> 4. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> 5. Pasaporte <input type="checkbox"/> 6. Sin información		
32. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)		33. EDAD DE LA MADRE
_____		<input type="text"/> Años cumplidos
34. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y NACIDOS MUERTOS DE LA MADRE (INCLUYENDO EL PRESENTE)		
<input type="text"/> 1. Nacidos vivos <input type="text"/> 2. Nacidos muertos		
35. ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE		
<input type="checkbox"/> 1. No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja <input type="checkbox"/> 2. No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja <input type="checkbox"/> 3. Está separada/divorciada <input type="checkbox"/> 4. Está viuda <input type="checkbox"/> 5. Está soltera <input type="checkbox"/> 6. Está casada <input type="checkbox"/> 7. Sin información		
36. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ LA MADRE		
<input type="checkbox"/> 1. Preecotar <input type="checkbox"/> 2. Básica primaria <input type="checkbox"/> 3. Básica secundaria <input type="checkbox"/> 4. Media académica o clásica <input type="checkbox"/> 5. Media técnica <input type="checkbox"/> 6. Normalista <input type="checkbox"/> 7. Técnica profesional <input type="checkbox"/> 8. Tecnológica <input type="checkbox"/> 9. Profesional <input type="checkbox"/> 10. Especialización <input type="checkbox"/> 11. Maestría <input type="checkbox"/> 12. Doctorado <input type="checkbox"/> 13. Ninguno <input type="checkbox"/> 14. Sin información		
Último año o grado aprobado <input type="text"/>		

III. DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (10 A 54 AÑOS)		
37. ¿ESTABA EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ?	38. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS?	39. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?
<input type="checkbox"/> 1. Sí (Pase a 40) <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. Sin información	<input type="checkbox"/> 1. Sí (Pase a 40) <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. Sin información	<input type="checkbox"/> 1. Sí (Pase a 40) <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. Sin información

IV. MUERTES VIOLENTAS	
40. PROBABLE MANERA DE MUERTE <input type="checkbox"/> 1. Suicidio <input type="checkbox"/> 2. Homicidio <input type="checkbox"/> 3. Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> 4. Otro accidente <input type="checkbox"/> 5. En estudio	
41. ¿CÓMO OCURRIÓ EL HECHO? Si herido (clase de arma); ahogado (quebrada, río, pozo, piscina, etc.); atropellado (vehículo de motor, bicicleta, de tracción animal, etc.) y especificar si el fallecido era conductor, pasajero o peatón; si fue envenenado (la clase de veneno, droga, medicamento, gases o vapores).	
_____	
42. LUGAR O DIRECCIÓN DE OCURRENCIA DEL HECHO	
Departamento	Municipio
Dirección de ocurrencia del hecho	
_____	

V. CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS		
43. ¿CÓMO DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE?		44. ¿RECIBIÓ ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVÓ A LA MUERTE?
<input type="checkbox"/> 1. Necropsia <input type="checkbox"/> 2. Historia clínica <input type="checkbox"/> 3. Pruebas de laboratorio <input type="checkbox"/> 4. Interrogatorio a familiares o testigos		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. Ignorado
45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (en caso de muerte fetal, o de menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)		
(Consigne una causa por línea):		
I. CAUSA DIRECTA: mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.		Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte Tiempo    Unidad de medida (minutos, horas, días, semanas, meses, años) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CAUSAS ANTECEDENTES: estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en (a), mencionándose en el último lugar, la causa básica o fundamental.		
a) Debido a: _____		
b) Debido a: _____		
c) Debido a: _____		
d) _____		
II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad, o estado morbooso que la produjo: _____		
46. MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA (CERTIFICADO EXPEDIDO POR PERSONAL DE SALUD AUTORIZADO (ENFERMERO(A), AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PROMOTOR(A) DE SALUD))		
CAUSA PROBABLE DE MUERTE _____		

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN			
47. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
48. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		49. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)	
<input type="checkbox"/> 1. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> 2. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> 3. Pasaporte		<input type="checkbox"/> 1. Médico <input type="checkbox"/> 2. Enfermero(a) <input type="checkbox"/> 3. Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> 4. Promotor(a) de salud <input type="checkbox"/> 5. Funcionario de registro civil	
50. PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN		51. REGISTRO PROFESIONAL	
_____		_____	
52. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO		53. FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	
Departamento _____		_____	
Municipio _____		_____	
_____ Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>		_____	



## BIBLIOGRAFÍA

Certificado de defunción. Antecedente para el registro civil. Disponible en: [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co)

Lawn J, Counses S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? where? why? Neonatal survival series 1. Marzo 2005. Disponible en: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

Martínez J, Paul V, Bhutta Z, Koblinsky M, Soucat A, Walker N, et al. Neonatal survival: a call for action. Neonatal survival series 4. Marzo 2005. Disponible en: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

Normas e instrucciones sobre la codificación de la mortalidad fetal y neonatal. Disponible en: [www.valledelcauca.gov.co](http://www.valledelcauca.gov.co)