



22 de septiembre de 2022

A TODA LA COMUNIDAD MÉDICA DEL PAÍS

**RE: DESASTRE NATURAL- IMPORTANCIA DE COMPLETAR CORRECTAMENTE EL
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Espero que al recibo de esta comunicación todos continuemos recuperándonos del paso del Huracán Fiona. Deseo recalcarles la importancia de completar el certificado de defunción correctamente. Este certificado es la fuente primaria de las estadísticas oficiales de mortalidad en nuestro país.

La consistencia en los certificados de defunción posibilita la generación de estadísticas fiables y precisas que nos permitan identificar las causas más frecuentes de muerte antes, durante o después de ocurrido un desastre.

Si una muerte está relacionada con un desastre, es fundamental incluir una referencia al desastre en el certificado de defunción. Si el médico que certifica considera que el desastre fue un factor en la muerte, es imprescindible que el certificador manifieste esta información en el certificado de defunción. De lo contrario, la muerte no se codificará correctamente.

Al completar el certificado, el médico deberá hacer énfasis en el inciso veinticuatro (24) en el que indicará la causa de muerte. También, deberá completar los incisos treinta y dos (32) y treinta y cinco (35) en los que establecerá si existe relación con el evento catastrófico.



Se incluyen los siguientes ejemplos obtenidos de las *Guía de Referencia para la Certificación de Muertes Relacionadas a Desastres* emitida por el Registro Demográfico en mayo del 2021¹:

Causa de Muerte	
24. Parte I. Indique la cadena de eventos - enfermedades, lesiones o complicaciones - que directamente causaron la muerte. No indique eventos terminales como paro cardíaco, paro respiratorio o fibrilación ventricular sin mostrar la etiología. Registre una causa por línea. Añada líneas adicionales de ser necesario. No utilice abreviaturas. USE LETRA DE MÓLDE.	
Causa Inmediata: → a. Cerebral contusion Enfermedad o condición final que llevó a la muerte.	Debido a, o como consecuencia de:
Ordene las condiciones, si alguna, que condujeron a la causa escrita en la <u>línea a.</u>	Debido a, o como consecuencia de:
b. Fractured skull, facial and clavicle fractures	Debido a, o como consecuencia de:
Registre al final la causa básica c. Blunt impact to head (enfermedades o lesiones que iniciaron los eventos que resultaron en la muerte).	Debido a, o como consecuencia de:
d.	Debido a, o como consecuencia de:
25. Parte II. Indique otras condiciones significativas que contribuyeron a la muerte pero que no están relacionadas a la causa básica d en la Parte I:	
26. ¿Se realizó autopsia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	30. Tipo o manera de muerte: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> No pudo c
27. ¿Los resultados de autopsia estuvieron disponibles para completar la causa de muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
28. ¿El uso de tabaco contribuyó a la muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Probablemente <input type="checkbox"/> Se desconoce	
29. Si era mujer: <input type="checkbox"/> Embarazada al momento de la muerte <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada el año pasado <input type="checkbox"/> Se desconoce si estuvo embarazada el año p <input type="checkbox"/> No embarazada, pero estuvo embarazada 43 días a 1 año antes de la muerte <input type="checkbox"/> No embarazada, pero estuvo embarazada 42 días o menos	
31. Si indicó muerte por lesión en Parte I o II, escriba la fecha y hora:	
31a. Mes / Día / Año	31b. Hora : Min <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
32. Lugar de la lesión: (Casa del fallecido, oficina, fábrica, etc.) Outside on sidewalk	
34. Dirección donde ocurrió la lesión: (Barrio/Urb./Cond, Calle y Núm., Municipio, Estado o País, Código Postal)	
35. Describa cómo ocurrió la lesión: Walking dogs during Hurricane María. Tree limb broke, striking decedent on head	
36. Si la lesión ocurrió por acciden especifique si la persona lesionada <input type="checkbox"/> Conductor / Operador <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/>	

Causa de Muerte	
24. Parte I. Indique la cadena de eventos - enfermedades, lesiones o complicaciones - que directamente causaron la muerte. No indique eventos terminales como paro cardíaco, paro respiratorio o fibrilación ventricular sin mostrar la etiología. Registre una causa por línea. Añada líneas adicionales de ser necesario. No utilice abreviaturas. USE LETRA DE MÓLDE.	
Causa Inmediata: → a. Carbon monoxide poisoning Enfermedad o condición final que llevó a la muerte.	Debido a, o como consecuencia de:
Ordene las condiciones, si alguna, que condujeron a la causa escrita en la <u>línea a.</u>	Debido a, o como consecuencia de:
b.	Debido a, o como consecuencia de:
Registre al final la causa básica c. Carbon monoxide poisoning (enfermedades o lesiones que iniciaron los eventos que resultaron en la muerte).	Debido a, o como consecuencia de:
d.	Debido a, o como consecuencia de:
25. Parte II. Indique otras condiciones significativas que contribuyeron a la muerte pero que no están relacionadas a la causa básica d en la Parte I:	
26. ¿Se realizó autopsia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	30. Tipo o manera de muerte: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> No pudo c
27. ¿Los resultados de autopsia estuvieron disponibles para completar la causa de muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
28. ¿El uso de tabaco contribuyó a la muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Probablemente <input type="checkbox"/> Se desconoce	
29. Si era mujer: <input type="checkbox"/> Embarazada al momento de la muerte <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada el año pasado <input type="checkbox"/> Se desconoce si estuvo embarazada el año p <input type="checkbox"/> No embarazada, pero estuvo embarazada 43 días a 1 año antes de la muerte <input type="checkbox"/> No embarazada, pero estuvo embarazada 42 días o menos	
31. Si indicó muerte por lesión en Parte I o II, escriba la fecha y hora:	
31a. Mes / Día / Año	31b. Hora : Min <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
32. Lugar de la lesión: (Casa del fallecido, oficina, fábrica, etc.) Decedent's home	
34. Dirección donde ocurrió la lesión: (Barrio/Urb./Cond, Calle y Núm., Municipio, Estado o País, Código Postal)	
35. Describa cómo ocurrió la lesión: Carbon monoxide source was a generator used inside home during power outage after Hurricane María.	
36. Si la lesión ocurrió por acciden especifique si la persona lesionada <input type="checkbox"/> Conductor / Operador <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/>	

¹ <https://www.salud.gov.pr/CMS/DOWNLOAD/5562>

Causa de Muerte	
24. Parte I. Indique la cadena de eventos - enfermedades, lesiones o complicaciones - que directamente causaron la muerte. No indique eventos terminales como paro cardíaco, paro respiratorio o fibrilación ventricular sin mostrar la etiología. Registre una causa por línea. Añada líneas adicionales de ser necesario. No utilice abreviaturas. USE LETRA DE MOLDE.	
Causa Inmediata: → a. Drowning Enfermedad o condición final que llevó a la muerte.	Debido a, o como consecuencia de:
Ordene las condiciones, si alguna, que condujeron a la causa escrita en la <u>línea a.</u>	Debido a, o como consecuencia de:
Registre al final la causa básica c. (enfermedades o lesiones que iniciaron los eventos que resultaron en la muerte).	Debido a, o como consecuencia de:
	Debido a, o como consecuencia de:
25. Parte II. Indique otras condiciones significativas que contribuyeron a la muerte pero que no están relacionadas a la causa básica de en la Parte I:	
26. ¿Se realizó autopsia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	30. Tipo o manera de muerte: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> No pudo c
27. ¿Los resultados de autopsia estuvieron disponibles para completar la causa de muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
28. ¿El uso de tabaco contribuyó a la muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Probablemente <input type="checkbox"/> Se desconoce	
29. Si era mujer: <input type="checkbox"/> Embarazada al momento de la muerte <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada el año pasado <input type="checkbox"/> Se desconoce si estuvo embarazada el año pasado <input type="checkbox"/> No embarazada, pero estuvo embarazada 43 días a 1 año antes de la muerte <input type="checkbox"/> No embarazada, pero estuvo embarazada 42 días o menos	
31. Si indicó muerte por lesión en Parte I o II, escriba la fecha y hora: 31a. ____ / ____ / ____ 31b. Hora : ____ : ____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	32. Lugar de la lesión: (Casa del fallecido, oficina, fábrica, etc.) Flooded river
34. Dirección donde ocurrió la lesión: (Barrio/Urb./Cond, Calle y Núm., Municipio, Estado o País, Código Postal)	
35. Describa cómo ocurrió la lesión: Driver pickup truck crossed flooded bridge during heavy rain from Hurricane María. Found drowned in river.	36. Si la lesión ocurrió por accidente especifique si la persona lesionada <input type="checkbox"/> Conductor / Operador <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/>

De necesitar información adicional, puede comunicarse al 787-765-2929 Ext. 6587, 6592. Cuento con la diligencia que les acostumbra.

Agradecida,



Lcda. Dana Miró Medina
 Directora Ejecutiva
 Oficina de Reglamentación y Certificación
 de los Profesionales de la Salud
 Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica