



Nombre: ANDREA MARTINEZ REYES		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	Edad: 5m
Domicilio: 5 FEB 332 col TANCHANHUIL		Municipio y Estado: SAN ANTONIO, SLP	
Unidad de Adscripción: HCIMP	Fecha de ingreso: 12/01/16	Fecha de egreso: 28/01/16	
Motivo de egreso: DEFUNCIÓN		Registro Hospitalario: 463420	

RESÚMEN CLÍNICO:

Paciente femenino de 6 meses de edad procedente de Municipio de San Antonio, SLP, ingresa a sala de lactantes el día 12/01/16 con Diagnóstico de Daño Renal Agudo, Neumonía Adquirida en la comunidad y Estado Post paro, en condiciones generales desfavorables, bajo intubación endotraqueal, palidez generalizada de tegumentos, con Glasgow no valorable por sedación, pupilas normoreflécticas, simétricas, cuello sin adenopatías, precordio rítmico, campos pulmonares con estertores crepitantes bibasales, abdomen con presencia de catéter de Tenkoff (el cual se colocó en área de Urgencias de misma Unidad), con aparente fuga, globoso a expensas de líquido de ascitis, peristaltismo disminuido, no visceromegalias. Llenado capilar de 2 seg, pulsos periféricos presentes, oligúrica. Con estudios de laboratorio en parámetros de acidosis metabólica, pH 7.18, HCO₃ 5.6, PO₂ 63%, PCO₂ 15. Creatinina de 6.04. Inicia con terapia sustitutiva renal bajo Diálisis peritoneal y se inicia esquema antibiótico con Ceftriaxona completando 4 días, posteriormente continúa con Cefepime y se realiza cultivo de líquido de diálisis peritoneal desarrollándose aún, se inicia esquema con Meropenem y Vancomicina por sepsis intrahospitalaria y se continúa diálisis y vigilancia estrecha metabólica, respiratoria y hemodinámica, el día de hoy presenta balances de diálisis peritoneal positivos, acidosis metabólica persistente, aumento de parámetros ventilatorios con desaturación menores a 73%, comienza con bradicardia, cese en paro cardiorrespiratorio, se dan maniobras de reanimación avanzada no efectivas y se da hora de defunción a las 19:30 hrs del día 28/01/16.

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:

PROCEDIMIENTOS:

FALLA ORGANICA MULTIPLE	MANEJO MEDICO
SEPSIS INTRAHOSPITALARIA	DIALISIS PERITONEAL
DAÑO RENAL AGUDO	COLOCACION DE CATETER VENOSO CENTRAL
ESTADO POSTPARO	COLOCACION DE CATETER DE TENKOFF
NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	VENTILACION MECANICA ASISTIDA
	CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERIA
	MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA

**Dr. José Silvano
Medrano Rodriguez**

Ced. Prof. 920901
Matrícula 3099

DR MEDRANO

JEFE DE LA DIVISIÓN
(Nombre y firma)

**DR. JOSÉ RENÉ
ANDRADE GARCÍA**
CED. PROF. 17/8663
MATRICULA 3093

MÉDICO TRATANTE
(Nombre y firma)



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016

160614217

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Andrea Martinez Reyes Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno				
	2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		6. PESO 5.990 Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros	
	8. FECHA DE NACIMIENTO 26/07/2015 Día Mes Año				
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 09				
DE LA DEFUNCIÓN	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09		
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) C 5 de febrero 232 Tanchahuit 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad San Antonio San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2109738190-7		
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		15.1 Nombre de la unidad médica Hospital General Ignacio Aldas de la Cruz 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Av Venustiano Carranza 112345 Zona Universitaria San Luis Potosí 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad San Luis Potosí San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa				
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 28/01/2016 19:30 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		19. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Falla orgánica múltiple Debido a (o como consecuencia de) b) Lesión intrahospitalaria Debido a (o como consecuencia de) c) Paro renal agudo Debido a (o como consecuencia de) d) Estado postparo Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo Neumonía adquirida en la comunidad		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE		
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
DEL CERTIFICANTE	24. NOMBRE Paura Reyes Camargo Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Abuelo		
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 8545731 Número de la cédula profesional		
	28. NOMBRE Kara Elizabeth Campillo Cortés Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO 198-10-00		
DEL REG. CIVIL	30. DOMICILIO Av Venustiano Carranza 112345 Zona Universitaria		31. FIRMA [Firma]		
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 28/01/2016 Día Mes Año		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 33.1 Acta Núm.		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año					

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*