



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

**RESUMEN 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 Postparto, en condiciones generales desfavorables, bajo intubación endotraqueal, palidez generalizada de tegumentos, con Glasgow no valorable por sedación, pupilas normoreflejéticas, simétricas, cuello sin adenopatías, precordio rítmico, campos pulmonares con estertores crepitantes bilaterales, abdomen con presencia de catéter de Tenkoff (el cual se colocó en área de Urgencias de misma Unidad), con aparente fuga, globoso a expansión de líquido de ascitis, peristaltismo disminuido, no visceromegalia. Llenado capilar de 2 seg, pulsos periféricos presentes, oligurica. Con estudios de laboratorio en parámetros de acidosis metabólica, pH 7.18, HCO<sub>3</sub> 5.6, PO<sub>2</sub> 63%, PCO<sub>2</sub> 15. Creatinina de 6.04. Inicia con terapia substitutiva 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 bradícardia, cae en paro cardiorrespiratorio, se dan maniobras de reanimación avanzada no efectivas y se da hora de defunción a las 19:30 hrs del día

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO: avanzada no efectivas y se da hora de defunción 28/01/16.	PROCEDIMIENTOS: a las 19:30 hrs del día
FAILA ORGÁNICA MULTIPLE	MANEJO MEDICO
SEPSIS INTRAHOSPITALARIA	DIÁLISIS PERITONEAL
DAÑO RENAL AGUDO	COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL
ESTADO POSTPARTO	COLOCACIÓN DE CATETER DE TENKOFF
NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	VENTILACION MECANICA ASISTIDA
	CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERIA
	MANIENDO LAS DE REANIMACION AVANZADA

DR. MEDRANO

**Dr. José Silvano  
Medrano Rodríguez**  
Ced. Prof. 920901  
Matrícula 3099

JEFE DE LA DIVISIÓN  
(Nombre y firma)

**DR. JOSÉ RENE  
ANDRADE GARCIA  
CED. PROF. 1778663  
MATRICULA 3099**

MÉDICO TRATANTE  
(Nombre y firma)



# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016  
FOLIO

160614217

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Andrea Martinez Reyes					
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno				
	2. CURP	Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	6. PESO	7. TALLA	4. NACIONALIDAD			
	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Kilogramos 5.900 Gramos	Metros 1.60 Centímetros	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	5. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	6. PESO	7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO			
	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Kilogramos 5.900 Gramos	Metros 1.60 Centímetros	Día 26 Mes 01 Año 1951			
	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"/> 9
	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"/> 4 Separado(a) <input checked="" type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9					
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)	Calle 5 de febrero 232 Colonia San Antonio Municipio Tlalnepantla de Baz Estado de México						
11.1 Calle y número	11.2 Colonia	11.3 Localidad					
11.4 Municipio o delegación	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
12. ESCOLARIDAD	Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	13. OCUPACIÓN HABITUAL					
Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10	13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9						
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.1 Número de seguridad social o afiliación 2109138190 +					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	15.1 Nombre de la unidad médica Hospital Central Tomás Alfonso Pérez					
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)						
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	Av. Venustiano Carranza 112345 Colonia Universitaria, C.P. 52000, Tlalnepantla de Baz, Edo. de México						
16.1 Calle y número	16.2 Colonia	16.3 Localidad					
16.4 Municipio o delegación	16.5 Entidad federativa						
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	28 01 2016 11:10:10	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)							
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) <i>Talas organicas múltiples</i> Debido a (o como consecuencia de)							
b) <i>Crisis infarto agudo</i> Debido a (o como consecuencia de)							
c) <i>Dolor renal agudo</i> Debido a (o como consecuencia de)							
d) <i>Estado postparto</i> <i>Neumonía adquirida en la comunidad</i>							
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input checked="" type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2				
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				
DEL INF.	24. NOMBRE	Reyes		Camargo			
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
DEL CERTIFICANTE	26. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
	28. NOMBRE	Karla Elizabeth Camacho		Número de la cédula profesional 85415731			
DEL REG. CIVIL	30. DOMICILIO	Av. Venustiano Carranza 112345 Zona Intendencia		31. FIRMA			
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
	Núm. , Libro Núm.	34.1 Localidad	28 01 2016				
	33.1 Acta Núm.	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 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD\***

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUERA 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 ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160614217