



Nombre: MA ELENA NAVARRO ALONSO		Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Edad: 57 años
Domicilio: IGNACIO MARTINEZ 280, VILLAS DEL MORO		
Unidad de Adscripción: HOSPITAL CENTRAL IMP	Fecha de ingreso: 26/01/16	Fecha de egreso: 27/01/16
Motivo de egreso: DEFUNCION		Registro Hospitalario: 922533

RESÚMEN CLÍNICO:

Paciente femenino de 57 años de edad con antecedente de DM2 e HTA, con diagnóstico de CA de mama desde hace 2 años, en tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Presenta disnea de medianos esfuerzos progresiva por lo que se valora por servicio de cirugía de torax, quien decide realizar toracoscopia, motivo por el cual se ingresa.

A la exploración física con tendencia a bradicardia, y dependencia de oxígeno suplementario por puntas nasales, campos pulmonares de hemitorax derecho con hipoventilación, integra síndrome de derrame pleural derecho, es valorada por medicina interna quien no contraindica procedimiento, clasificando con ASA 3, Lee II, Detsky II, riesgo moderado.

El día 27/01/16 se realiza procedimiento quirúrgico programado, bajo anestesia general balanceada, se realiza toracoscopia encontrando 3200ml líquido sanguinolento, pleura parietal con múltiples micromacronódulos de aspecto neoplásico y atrapamiento pulmonar, se toma biopsia y se coloca SEP fijándose a piel. A las 17:53hrs presenta bradicardia y paro cardiorrespiratorio secundario a edema pulmonar por reexpansión, respondiendo a maniobras de reanimación avanzada en 2 minutos. Posteriormente presenta múltiples eventos con respuesta satisfactoria, después sin adecuada respuesta se declara muerte clínica a las 19:57.

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:	PROCEDIMIENTOS:
CA MAMA ETAPA CLINICA IV	ESTUDIOS DE LABORATORIO
EDEMA PULMONAR AGUDO REFRACARIO	EXAMENES DE GABINETE
	TORACOSCOPIA + DRENAJE + BIOPSIA PLEURAL
	CUIDADOS MEDICOS

DR. MARTINEZ

JEFE DE LA DIVISIÓN
(Nombre y firma)

DR. PINEDO/ DR. PEREZ

MÉDICO TRATANTE
(Nombre y firma)

8704647



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016

FOLIO

160614222

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s) *Maria Elena*

Apellido paterno *Navarro*

Apellido materno *Alonso*

2. CURP

LNAALE5811129MSPVLL06 Se ignora 99

3. SEXO

Hombre 1

Mujer 2

Se ignora 9

Mexicana 1

Otra 2

Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

SI 1

No 2

Se ignora 9

6. PESO

86 Kilogramos

1000 Gramos

7. TALLA

1.55 Metros

55 Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

29 Día

11 Mes

1958 Año

DEL FALLECIDO

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 9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre 4

Separado(a) 6

Divorciado(a) 3

Viudo(a) 2

Soltero(a) 1

Casado(a) 5

Se ignora 9

11. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

Tlaxco

280

Villas del Moro

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

11.3 Localidad

12. ESCOLARIDAD

Ninguna 1

Primaria incompleta 2

Secundaria incompleta 4

Bachillerato o preparatoria incompleta 11

Profesional 7

Se ignora 99

Preescolar 12

Primaria completa 3

Secundaria completa 5

Bachillerato o preparatoria completa 6

Posgrado 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL

Asunto de Casa

13.1 Trabajaba 1

No 2

Se ignora 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1

ISSSTE 3

SEDENA 5

Seguro Popular 7

Otra 8

IMSS 2

PEMEX 4

SEMAR 6

IMSS Oportunidades 10

Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaria de Salud 1

IMSS 3

PEMEX 5

SEMAR 7

Unidad médica privada 9

Hospital 11

Vía pública 10

Otro lugar 12

Hogar 11

Se ignora 99

15.1 Nombre de la unidad médica

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Avda Venustiano Carranza 2395

Zona Universitaria

San Luis Potosí

San Luis Potosí

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

27 Día

01 Mes

2016 Año

Horas

Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

SI 1

No 2

Se ignora 9

SI 1

No 2

Se ignora 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

SI 1

No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Edema Pulmonar Agudo Refractario

Debido a (o como consecuencia de)

Congreso de pulmón estadio clínico IV

Debido a (o como consecuencia de)

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

morbo que la produjo

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

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 1

El parto 2

El puerperio 3

No estuvo embarazada en los

últimos 11 meses previos a la muerte 5

SI 1

No 2

Se ignora 9

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI 1

No 2

Se ignora 9

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI 1

No 2

Se ignora 9

Uso exclusivo del personal codificador

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidente 1

Homicidio 2

Suicidio 3

Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

SI 1

No 2

Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0

Área deportiva 3

Granja (rancho o parcela) 7

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1

Calle o carretera (vía pública) 4

Otro 8

Escuela u oficina pública 2

Área comercial o de servicios 5

Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

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

24. NOMBRE

Irma

Nombre(s) *Navarro*

Apellido paterno *Alonso*

Apellido materno *Hija*

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

26. CERTIFICADA POR

Médico tratante 1

Médico legista 2

Otro médico 3

Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4

Autoridad civil 5

Otro 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

8701647

Número de la cédula profesional

28. NOMBRE

Armando

Nombre(s) *Perez*

Apellido paterno *Orozco*

Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO