



Nombre: MA ELENA NAVARRO ALONSO		Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Edad: 57 años
Domicilio: IGNACIO MARTINEZ 280, VILLAS DEL MORO		Municipio y Estado: SOLEDAD GRACIANO SANCHEZ, SLP	
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 fijandose 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~~ muerte clínica a las 19:57.

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

DR. MARTINEZ

JEFE DE LA DIVISIÓN
(Nombre y firma)

DR. PINEDO/ DR. PEREA

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

*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) Nombre(s) <u>Ma Elena</u> Apellido paterno <u>Novario</u> Apellido materno <u>Alonso</u>			
2. CURP <u>NALE581129MSPVLL06</u> Se ignora <input type="radio"/>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO <u>86</u> Kilogramos <u>000</u> Gramos	
7. TALLA <u>1</u> Metros <u>55</u> Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO <u>29</u> Día <u>11</u> Mes <u>1958</u> Año	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> Horas <u>5</u> Minutos Para menores de un día: <u>0</u> Días Para menores de un mes: <u>0</u> Meses Para menores de un año: <u>0</u> Años Para personas de un año o más: <u>057</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <u>0</u>		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>Ignacio Martínez 280</u> 11.2 Colonia <u>Villas del Marro</u> 11.3 Localidad <u>Soledad de Guerrero Sánchez</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Amo de Casa</u> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de San Luis Potosí</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>0000000000</u> Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Avenida Venustiano Carranza 2395</u> 16.2 Colonia <u>Zona Universitaria</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>27</u> Día <u>01</u> Mes <u>2016</u> Año <u>19</u> Horas <u>15</u> Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		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) <u>Edema pulmonar Agudo Refractario</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Causa de muerte etapa clínica IV</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>000</u>	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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: <u></u>	
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 <u></u> 23.7.2 Colonia <u></u> 23.7.3 Localidad <u></u> 23.7.4 Municipio o delegación <u></u> 23.7.5 Entidad federativa <u></u>	
24. NOMBRE Nombre(s) <u>Irma</u> Apellido paterno <u>Novario</u> Apellido materno <u>Alonso</u>	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>8701647</u>	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Armando</u> Apellido paterno <u>Perra</u> Apellido materno <u>Orozco</u>	
29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO <u>Avenida Venustiano Carranza, 2395</u> <u>Zona Universitaria, San Luis Potosí, San Luis Potosí</u>	
31. FIRMA <u>[Firma]</u>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>27</u> Día <u>01</u> Mes <u>2016</u> Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u></u> , Libro Núm. <u></u> 33.1 Acta Núm. <u></u>	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u></u> 34.2 Municipio o delegación <u></u> 34.3 Entidad federativa <u></u> 34.4 Día <u></u> Mes <u></u> Año <u></u>	

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