



Nombre: ESTEFANY ABIGAIL NAVARRO CERVANTES		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	Edad: 5m
Domicilio:		Municipio y Estado:	
Unidad de Adscripción: HCIMP	Fecha de Ingreso: 21/1/16	Fecha de egreso:	
Motivo de egreso: Defunción		Registro Hospitalario:	

RESUMEN CLÍNICO:

Ingresa paciente femenino de 5 meses de edad, que cuenta con los siguientes antecedentes: madre 23 años, ama de casa, escolaridad preparatoria, sana, padre de 23 años, estudiante técnico mecánico, sano, producto de gesta I, con embarazo normoevolutivo, con diabetes gestacional en séptimo mes de embarazo, sin tratamiento, con polihidramnios por lo que el 20/08/15 se resuelve por vía abdominal, obteniendo RNVF de 1970gr, APgar 5-9, 36 sdg por Capurro, FC de 70, por lo que se dan dos ciclos de VPP, con lo cual mejora clínicamente, además se observa, micrognatia, implantación baja de pabellón auricular, hepato y esplenomegalia, se colocó en incubadora con oxígeno a flujo libre, se encuentra soplo sistólico, grado II/VI por lo que requirió manejo con aminas, se requirió intubación orotraqueal, se toma radiografía donde se observa compromiso de asas intestinales, se valora por el servicio de cirugía pediátrica por lo que se decide pasas a quirófano, donde se encuentra perforación intestinal yeyuno-ileal distal con necrosis de ileon termina + peritonitis meconial y liberación de bridas, durante el mismo internamiento se realiza desmontaje de yeyunostomía, resección de apéndice y ciego, se egresa por mejoría el 04/11/15, comienza su padecimiento con disminución del apetito, vomito de predominio biliar, sin algún otro dato, acude a urgencias 21/01/16, a las 01:33 hrs, donde se encuentra con retraso en llenado capilar, mucosa oral en mal estado de hidratación, a su ingreso con gasometría con ph:6.9, hco3:4.4, pco2:19.9 se coloca osteoclisis ante la imposibilidad de vía periférica, por lo que se decide su ingreso a sala de pediatría para su manejo, el dia 27/01/16 se realiza intento fallido de colocación de CVC, al no contar con vía se coloca osteoclisis en 3 ocasiones más y el día de hoy valorado por radiología intervencionista, para colocación de CVC guiado por Us, previamente con hipoglucemias de hasta (24), al no contar con vía se pasan bolos de solución glucosada por sonda orogástrica, pasa a hemodinamia, donde presenta paro cardiorespiratorio, se realizan maniobras avanzadas por 15 minutos sin recuperación, con hora de defunción 21:09

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:	PROCEDIMIENTOS:
Desnutrición severa	Colocación de osteoclisis
Deshidratación severa	Us yugular
Choque hipovolemico	Toma de Laboratorios generales
	Atención médica
	Cuidados generales de enfermería

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

Dr. José Silvano Medrano Rodríguez

JEFE DE LA DIVISIÓN
(Nombre y firma)

Dr. Miguel Angel Santos Diaz
 DR. EDUARDO ROBERTO
CABALLERO LUGO
CEDULA 8125527
PEDIATRÍA

MÉDICO TRATANTE
(Nombre y firma)



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016

FOLIO

160614237

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Estepany Abigail Navarro Cervantes.

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

2. CURP

N A C E 1 5 0 8 2 0 M S P V R S A Se ignora 99

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 99

4. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 Se ignora 99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI 1 No 2 Se ignora 99

6. PESO 12.460 Kilogramos Gramos

7. TALLA 0.54 Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO 2009820157 Día Mes 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 99

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad

Av. Graciela Sanchez #20

Mexquitic de Carmona

Palmar Encundo

Santos Potosí

11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Se ignora 99

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 13.1 Trabajaba Si 1 No 2 Se ignora 99

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

2410874284-3

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 9 Hospital General Ignacio Allende Trielto

IMSS Oportunidades 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8

15.1 Nombre de la unidad médica

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Av. Venustiano Carranza #2395 Zona Universitaria

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 29/01/2016 21:09 Día Mes Año Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si 1 No 2 Se ignora 99

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si 1 No 2

DE LA DEFUNCIÓN

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

{ a)
b)
c)
d)}Shock Hipovolémico
Deshidratación severa
Desnutrición severa

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo

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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 Sí 1 No 2

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

Uso exclusivo del personal codificador

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 99

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 1 No 2 Se ignora 99

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 0 Área deportiva 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera 4 Otro 8

Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicios 5 Se ignora 99

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

DEL INF

24. NOMBRE Cenobio Navarro Martinez

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

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

DEL CERTIFICANTE

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 8125577 Número de la cédula profesional

28. NOMBRE Roberto Caballero Lugo

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

29. TELÉFONO (444)198-10-00

30. DOMICILIO Av Venustiano Carranza #2395 Zona Universitaria San Luis Potosí SCP.

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 30/01/2016

Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

34.2 Municipio o delegación

34.3 Entidad federativa

34.4 Día Mes Año

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^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*

160614237