

SISTEMA EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADÍSTICOS DE LAS DEFUNCIONES

ANEXO 8

SECRETARÍA DE SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA
FORMATO DE RATIFICACIÓN O RECTIFICACIÓN DE DEFUNCION POR
PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1.-DATOS DE LA DEFUNCION

Folio del certificado de defunción: 160614348

Nombre del fallecido: PABLO ARTURO COLORADO JUAREZ

Nombre (s)

Apellido paterno

Apellido materno

Sexo: ☒ Masculino☐ Femenino

Institución de Derechohabencia: I.M.S.S.

Edad:

Horas

Días

Meses

Años

Desconocido:

Lugar de residencia habitual: TROJE DEL HORIZONTE 142 LAURELES DEL SUR

SLP

Municipio

Entidad

Fecha de defunción: 1 0 0 2 2 0 1 6

Día

Mes

Año

Oficialía:

Certificada por:

Médico Tratante

☐

Otro médico

☒

Médico legista

☐

Otro

Nombre del certificante: DANIEL OSWALDO VILLASEÑOR TRUJILLO

2.-CAUSAS DE DEFUNCIÓN

Causas

Intervalo

Código CIE-10

Código CIE-10 de la
Causa Básica

- I a) SINDROME DISTRES RESPIRATORIO AGUDO 17 DIAS
- b) NEUMONIA ATÍPICA 17 DIAS
- c)
- d)
- II

Causa sujeta a vigilancia epidemiológica:

Código CIE-10

3.-RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La causa sujeta a vigilancia epidemiológica NEUMONIA POR AH1N1

Ratifica

☐

Rectifica

☒

Causas después de la investigación

Intervalo

Código CIE-10

Código CIE-10 de la
Causa Básica

- I a) SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO 17 DIAS
- b) NEUMONIA POR AH1N1 17 DIAS
- c)
- d)
- II

Fecha de recolección: 10 0 2 1 6

Día

Mes

Año

Inicio de estudio: 1 0 0 2 1 6

Día

Mes

Año

Fecha de conclusión: 1 0 0 2 1 6

Día

Mes

Año

Reporte a INEGI/SS:

Día

Mes

Año

Observación:

Nombre del responsable de la investigación: DRA CELIA PEREZ GARCIA

Cargo: EPIDEMIOLOGA

Firma:

4.-DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)

Tipo de documento: Núm. De paquete: Núm. Acta: Folio de captu

Nombre del codificador: Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno Firma

RESUMEN CLINICO

COLORADO JUAREZ PABLO ARTURO.

NSS: 418873008401M73OR UMF 45/2TM

11/02/2016

Se trata de paciente masculino de 42 años, que ingreso por el servicio de urgencias del HGZ 1 el 25/01/2016, con un cuadro de 7 días de evolución, presentado rinorrea hialina, fiebre, tos con expectoración verdosa. Al inicio del cuadro se refiere que recibió tratamiento con amoxicilina y ciprofloxacino sin mejoría. el 23/01/2016 acudió a urgencias de hgzm 1 en donde se diagnostica ETI y se le otorga oseltamivir, presentando exacerbación de sintomatología con aumento de disnea y datos de dificultad respiratoria, desaturación, artralgias y dolor torácico exacerbado a inspiración profunda, persiste con fiebre a pesar de múltiples tx. por lo que se decide su ingreso a cuidados intensivos

A la exploración física se encuentra reactivo, neurológicamente integro, con buena coloración de tegumentos, con taquicardia, ruidos respiratorios con buena entrada y salida de aire e inspiración corta por dolor en tórax, crepitos basal izquierdo, no sibilancias.

Ingresa a medicina crítica el 25/01/2016 a las 14:46 hrs, se inicia tratamiento, Con metamizol, quinolonas, beclometasona, salbutamol sin mejoría clínica, agregándose dolor pleurítico izquierdo saturando al 80% por pulsometría, requiriendo soporte mecánico ventilatorio.

En 9º día continua en UCI con diagnóstico de SIRA, por probable influenza, aun requiriendo de medidas de reclutamiento alveolar, con broncosuspiro, y con menor necesidad de FO2, se mantiene sin evidencia de focalización, o lateralización. Hemodinamicamente estable.

Continúa con manejo avanzado de vías áreas, al presentar hipoxemia refractaria, desde su inicio con soporte mecánico ventilatorio en nodo A/c ciclado, por presión PEEP 18, FIO2 al 100%, Volumen corriente de 570, distensibilidad mecánica de 35mm, saturando al 94%,

Hemodinamicamente requiriendo de aminos vasopresoras , norefinefrina y dobutamina se inicia manejo antimicrobiano a base de cefalosporina, macrolido , así como esteroides, se corrobora mediante exudado faríngeo influenza AH1N1(3/02/2016)con evolución tórpida durante su estancia, se documenta derrame pleural izquierdo, por lo que se le coloca sonda endopleural izquierda,, derramando material compatible con trasudado, se alterna en APRV, como estrategia de rescate debido a la refractariedad de la hipoxemia, saturando al 90 %, se escala de antibióticos a carbapenicos y quinolonas, con esteroides base de metilprednisolona, con incremento de la cifra de azoados, así como hiperkalemia, con tendencia a la oligoanuria, llenado capilar disminuido, fuga capilar importante. Gasométricamente con tendencia a acidosis respiratoria.

Durante su estancia en cuidados intensivos con sedoanalgesia a base de propofol, fentalil , midazolam y buprenorfina. Con acceso venoso central subclavio derecho, así como medición de índice urinario, a través de sonda Foley, radiográficamente con infiltrado bilateral con mayor afección de hemitorax izquierdo, presenta paro cardio respiratorio por lo que se da maniobras de reanimación básica y avanzada, de acuerdo al protocolo de la american health, fallece a las 14:30 hrs del 10/02/2016, con los siguientes diagnósticos

Neumonía Atípica

Síndrome de Distres Respiratorio agudo

Folio : 160614348