

Dirección de Políticas Y Calidad En Salud
Subdirección de Epidemiología
Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas

Búsqueda intencionada y reclasificación de Muertes Maternas

Nombre	LUCIA ANDABLO CHAVEZ
Edad	39 AÑOS
Domicilio	AV PRINCIPAL NO 26, PIE DE LA CUESTA, PSAFLORES, HIDALGO
Folio del certificado de defunción:	160618701
Fecha de la defunción	06/01/2016
Diagnósticos emitidos en el certificado de defunción	PARO CARDIORESPIRATORIO/SINDROME CORONARIO AGUDO/ACIDOSIS METABOLICA
Necropsia	NO SE REALIZA
Lugar de ocurrencia de la defunción:	CARRETERA SAN MARTIN KM 3, ZACATIPAN, TAMAZUNCHALE
Antecedentes Ginecóbstétricos:	Menarca: 10 años FUM: 11/05/2015 Gestas: 1 Partos: 0 Cesáreas: 1 Abortos: 0 Método de planificación y fecha de inicio: OTB en junio 2015
Antecedentes personales patológicos:	Obesidad, Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2
Resumen	Se agrega tarjeta informativa
Diagnósticos finales:	Paro cardiorrespiratorio/Síndrome coronario aguda/Acidosis Metabólica/Hipertensión Arterial/Diabetes Mellitus tipo 2.
Comentarios:	Se cuenta con formato de consentimiento informado de OTB en expediente clínico, se corrobora a reingresar que dicho proceso se lleva a cabo en Hospital General Ciudad Valles.

ATENTAMENTE.

DR. FERNANDO HERNÁNDEZ MALDONADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA Y URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

Nota de Defunción

Paciente femenino de 39 años que se encuentra ingresada en la unidad con diagnóstico de dolor torácico de 5 días de evolución exacerbada con NAC, con 12hrs de estancia intrahospitalaria.

Tiene como antecedentes hipertensión de 2 años de evolución, Diabetes mellitus 2, obesidad mórbida IMC 35, antecedentes quirúrgicos de cesárea por preeclampsia y posterior complicación quirúrgico de pioperitoneo y cuadro de infección de vías respiratorias altas de 15 días de evolución, con exacerbación de precordalgia y episodios de lipotimia y diaforesis, lo cual fue la causa del envío.

Se encontraba paciente ingresada bajo tratamiento con antibióticos, y medicamentos habituales para hipertensión además de dosis de Insulina glargina por cifras de glicemia elevadas >300. Con mantenimiento de signos vitales estables pero con tendencia a la hipotensión y una marcada dificultad respiratoria bajo soporte ventilatorio con Oxígeno suplementario en mascarilla facial a 5 lt por min. Se toman de urgencia exámenes de sangre con una marcada elevación de CPK de 338 y CPKMB 55 debido a Precordalgia intensa que aumenta mientras se encuentra hospitalizada, se inicia manejo de buprenorfina 150mcg IV y colocación de nitroparche, además de administración profiláctica de enoxaparina 80mg. Se encontró con disminución paulatina de TA, diaforética y con datos de bajo gasto, dificultad respiratoria y oliguria, por lo que se inicia manejo de aminas presoras con dopamina 20mcg/kg/min, logrando establecer presiones aproximadas de 80/50.

Por exacerbación de diaforesis y como parte de protocolo de atención se procede a intubación endotraqueal y se administra ketamina 50mg, se mantiene bajo ventilación asistida con oxígeno a 8 lt por min. Cae en paro cardiorespiratorio y se inician maniobras de resucitación básica y avanzadas con compresiones torácicas, a las 18:15hrs, se mantiene con resucitación avanzada y se administran dosis de adrenalina, en 5 ocasiones, separadas por 3 min cada una, además de atropina en 5 ocasiones, se inicio corrección de bicarbonato de Na, al encontrar desequilibrio gasométrico paulatino con pH 7.22, pCO2 23, pO2 181, HCO3 12 EB -18. Tras el inicio de la compresiones se obtiene ritmo potencialmente desfibrilable por lo que se administra descarga de 200 J y se continúa con compresiones torácicas hasta completar 25 min. Sin obtener retorno a ritmo sinusal se decide decretar defunción a las 18:45 hrs, tras haber agotado algoritmos indicados para atención del paciente en paro cardiorespiratorio.

Diagnósticos: Paro cardiorespiratorio secundario a síndrome coronario agudo.

Acidosis metabólica

Neumonía asociada a la comunidad

Hipertensión arterial crónica

Diabetes Mellitus 2

Obesidad Mórbida

Jaime Israel Flores Rosas RASS 99195467

Janeth Amador Francisco 99133497





SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

16061870

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Lucia Andablo Chavez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP AAECL761210MHA N4CDB	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO 088.000 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.50 Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 1012197 Día Mes Año		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Minutos Horas Días Para menores de un mes: Días Para menores de un año o más: Meses Años cumplidos 039		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/>		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Avenida N. 26 Piedra la Costa 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Piedra la Costa Hidalgo 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input 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 checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Secretaria
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 pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Hospital Rural N. 14 Zacatipán 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Tama central Zacatipán San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		

DE LA DEFUNCIÓN

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 06012016 18:45 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	19. ¿SE PRACTICÓ NECESARIAMENTE EL AUTÓPSICO? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Paro Cardiorrespiratorio Debido a (o como consecuencia de) b) Síndrome Coronario Agudo Debido a (o como consecuencia de) c) Anomalías Metabólicas Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo Hipertensión Arterial Crónica Diabetes Mellitus tipo 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Causa básica de la muerte	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 checked="" 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? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
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? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué parte del cuerpo tenía el agresor con el(la) fallecido(a)? Cabeza <input type="radio"/> Tronco <input type="radio"/> Miembros superiores <input type="radio"/> Miembros inferiores <input type="radio"/>		
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 Hermila Hernández Angeles Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO Abuelo
--	---

DEL CERTIFICANTE

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 9331999 Número de la cédula profesional
28. NOMBRE Joneth Amador Francisco Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	29. TELÉFONO
30. DOMICILIO Colonia Zacatipán, Tama central San Luis Potosí	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 06012016 Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año
--	---

ESTE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEBE SER ENTREGADO AL REGISTRO CIVIL PARA QUE SE INSCRIBA EN EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO NO SE ENTREGA EN EL PLAZO ESTABLECIDO, ESTOS DATOS SERÁN CONSERVADOS PARA ENTREGARLOS AL REGISTRO CIVIL EN EL PLAZO ESTABLECIDO. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

160618701