



**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 Ginecóbstetricos:	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.

A T E N T A M E N T E.

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 quirúrgica de píoperitoneo y cuadro de infección de vías respiratorias altas de 15 días de evolución, con exacerbación de precordialgia 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

Neumonia 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Lucia Andabio Chávez		Apellido paterno		Apellido materno			
2. CURP			AAGLA611210MHR6INHCOB		3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>	4. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			Se ignora <input type="radio"/>		7. TALLA	1.50	8. FECHA DE NACIMIENTO	10.01.1997		
6. PESO			088.000	Kilogramos	Gramos	Metros	Centímetros	Día Mes Año		
9. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	03 Años cumplidos		
10. ESTADO CONYUGAL			11.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	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"/>	Se ignora <input type="radio"/>
11. RESIDENCIA HABITUAL			Ave. Ruiz Cortines 26 Piedras Negras		11.2 Colonia	Piedras Negras		11.3 Localidad		
11.4 Municipio o delegación			Piedras Negras		Hidalgo		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"/>	13. OCUPACIÓN HABITUAL	Sindicalista <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"/>	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"/>	O7	Unidad médica privada <input type="radio"/>	Hospital Rural N. 14 Zaratán	Vía pública <input type="radio"/>
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			Tomaszawale		16.2 Colonia	San Luis Potosí		16.3 Localidad	16.4 Municipio o delegación	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			06	01	2016	18	45	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	19. ¿SE PRACTICÓ NECROSCOPÍA?	
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 NECROSCOPÍA?				
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte—ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			20.1 Parto Cardiopulmonar						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
PARTE I			20.2 Sindrome Coronario Agudo						Co.	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			20.3 Aritmia Metabólica							
a)			Debido a (o como consecuencia de)							
b)			Síntome Coronario Agudo							
c)			Debido a (o como consecuencia de)							
d)			Aritmia Metabólica							
21. INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS			20.4 Hipertensión Arterial Crónica							
DE LA DEFUNCIÓN			20.5 Diabetes Mellitus tipo 2							
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			21. CAUSA BÁSICA DE LA DEFUNCIÓN	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>	
43 días a 11 meses			43 días a 11 meses			43 días a 11 meses				
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			23.3 Sitio donde ocurrió la lesión			23.4 ¿Qué parentesco tenía el p. agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/>			23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/>			Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/>	
Accidente <input type="radio"/>			Accidente <input type="radio"/>			Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>			Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/>	
Homicidio <input type="radio"/>			Homicidio <input type="radio"/>			Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/>			Otro <input type="radio"/>	
Suicidio <input type="radio"/>			Suicidio <input type="radio"/>			Se ignora <input type="radio"/>			Se ignora <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	
24. NOMBRE			Hernández			Angeles			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO	
Nombre(s)			Apellido paterno			Apellido materno			Amigo <input type="radio"/>	
26. CERTIFICADA POR			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
Médico tratante <input type="radio"/>			9731994						Número de la cédula profesional	
Médico legista <input type="radio"/>										
Otro médico <input checked="" type="radio"/>										
28. NOMBRE			29. TELÉFONO							
Janeth			Francisco							
Nombre(s)			Apellido paterno			Apellido materno				
30. DOMICILIO			31. FIRMA						32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Colonia Zaratán, Tomászawale									16.01.20	
San Luis Potosí										
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
Número, Libro Número,			34.1 Localidad							
33.1 Acta Número			34.2 Municipio o delegación						34.3 Entidad federativa	
									34.4 Día Mes	

160618701

DEL REG. CIVIL

ESTE DOCUMENTO DEBE SER COPIADO (BÁSICO Y COPIA) PARA EL ACTA DE DEFUNCIÓN, SI EL CERTIFICANTE DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SERVICIOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS