



<b>Nombre:</b> José Manuel Elías Mendoza		<b>Masculino x Femenino</b>	<b>Edad:</b> 32 Años
<b>Domicilio:</b> Denver, NO 35 Ej. Paso Real.		<b>Municipio y Estado:</b> San Luis Potosí	
<b>Unidad de Adscripción:</b> Hospital Central Ignacio Morones Prieto	<b>Fecha de ingreso:</b> 15/01/2018	<b>Fecha de egreso:</b> 24/02/2018	
<b>RESUMEN CLINICO</b>		<b>Registro Hospitalario:</b> 1003695	

### RESUMEN CLINICO

Paciente masculino de 32 años de edad que ingresa a piso de medicina mujeres referido desde la consulta externa de infectología con los siguientes antecedentes de importancia: Originario de Rio Verde San Luis potosi, vivió en Denver, Colorado durante 2 años aproximadamente, IVSA a los 18 años, 5 parejas, HSH. Politoxicómano (+). Diagnóstico de VIH en octubre de 2017, en tratamiento con emtricitabina, rilpivirina y tenofovir, con mal apego al tratamiento. Presenta desde entonces pérdida de peso, ataque al estado general, astenia adinamia, perdida de peso, fiebre, hiporexia, dolor abdominal tipo colico generalizado, sin cambios en el patrón de evacuaciones, y aparición de lesiones violáceas maculares y vesiculares en cara, tronco y miembros superiores, así como lesiones genitales, con edema induración dolor y ulceración en escroto y glande. Inicia abordaje en medio particular con realización de biopsia de hueso positiva para Tuberculosis de enero de este año, biopsia de las lesiones dérmicas, y pan endoscopia con lesiones exofíticas violáceas en todo el tracto gastrointestinal superior e inferior, por lo que inicia tratamiento con Dotbal, el día 12/01/18 y se refiere a esta institución para iniciar tratamiento con quimioterapia. Se administra manejo con Bleomicina y Vincristina una sola dosis el día 18/01/18, presenta datos de lisis tumoral, lesión renal aguda, y datos de Choque séptico, sin aislamiento de agentes bacterianos hasta el momento. Requirió de intubación orotraqueal durante 10 días y posteriormente se realizó traqueostomía, con adecuada progresión ventilatoria, cumplió 14 días con meropenem, 18 con levofloxacin y actualmente continúa con Dotbal, claritromicina y TMP/SMX este último a dosis profilácticas. Presenta desnutrición severa con hipoalbuminemia de 1.8mg/dl que le confiere mala distribución de volumen, edema generalizado, y alteraciones en la mecánica ventilatoria por derrame pleural, sin embargo se logro progresión ventilatoria.

En su abordaje se realizó evaluación por oftalmología, quienes encuentran lesiones retinianas, sugestivas de TB, se realiza TAC de cráneo que se encuentra normal, punción lumbar sin datos de infección, VDRL en PL negativa, cultivos negativos. IgG e IgM para citomegalovirus negativos, PCR en LCR para TB negativos, Ac para toxoplasma negativos. Se solicita inicio de tratamiento anti retroviral reiniciando manejo con emtricitabina, retalgavir y tenofovir. En las ultimas dos semanas inicia con delirium hiperactivo y psicosis, resistente al manejo con antipsicóticos, en sospecha de encefalopatía por VIH. Además de tos productiva y aumento de la producción de secreciones con expectoración purulenta e incremento de reactantes de fase aguda, requiere de apoyo con ventilación mecánica nuevamente por deterioro ventilatorio, se inicia cobertura con cefepime por diagnóstico de neumonía intrahospitalaria; sin mejoría de los síntomas. Presenta deterioro neurológico y ventilatorio a pesar del manejo antibiótico, con descenso de tensión arterial, hipotermia y datos de dificultad respiratoria. El día de hoy a las 11:45 de la mañana presenta paro cardio respiratorio, se inician maniobras de reanimación avanzada durante 10 minutos sin recuperación de la circulación espontánea. Se declara hora de defunción 11:55am del día 24/02/18.

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:	PROCEDIMIENTOS:
VIH/SIDA + TB MILIAR + SARCOMA DE KAPOSI	Cuidados médicos y generales de enfermería.
CHOQUE SEPTICO REMITIDO	Tratamiento médico, estudios de extensión.
SX DE LISIS TUMORAL POST QT REMITIDO	TAC de cráneo, Punción lumbar.
NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA	Ventilación mecánica asistida, CVC, Oxigenoterapia.
CHOQUE SEPTICO/SIRA SEVERO	Quimioterapia
PB ENCEFALOPATIA POR VIH	

DR. Martín Magaña Aquino

JEFE DE LA DIVISIÓN  
(Nombre y firma)

Dr. Martín Magaña / R1MI Lesly Avilés 10087894

MÉDICO TRATANTE  
(Nombre y firma)



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

Modelo 2017.1

FOLIO

180641965

\*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  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>José Manuel</u> <u>Llano</u> <u>Mendoza</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>20111985</u> Día Mes Año	3. SEXO <u>Hombre</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Mujer</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP <u>E11M11851112011SPILN111</u> Se ignora <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <u>No</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA <u>35</u> 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		9. ESTADO CONYUGAL <u>Separado(a)</u> <input type="radio"/> <u>Viudo(a)</u> <input type="radio"/> <u>Casado(a)</u> <input type="radio"/> <u>En unión libre</u> <input type="radio"/> <u>Divorciado(a)</u> <input type="radio"/> <u>Soltero(a)</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Calle</u> <u>Denver</u> Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad		11. ESCOLARIDAD <u>Ninguna</u> <input type="radio"/> <u>Preescolar</u> <input type="radio"/> <u>Primaria</u> <input type="radio"/> <u>Secundaria</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Bachillerato o preparatoria</u> <input type="radio"/> <u>Profesional</u> <input type="radio"/> <u>Posgrado</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Albañil</u> 12.1 Trabajaba <u>SI</u> <input checked="" type="radio"/> <u>No</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <u>IMSS</u> <input checked="" type="radio"/> <u>ISSSTE</u> <input type="radio"/> <u>SEDENA</u> <input type="radio"/> <u>Seguro Popular</u> <input type="radio"/> <u>Otra</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2418047003</u>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Hospital Central Toluca</u> Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital Central Toluca</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>0000000000</u>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Av. Venustiano Carranza</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad		15.3 Núm. Exterior <u>2395</u> 15.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Universitaria</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>241022018</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <u>SI</u> <input checked="" type="radio"/> <u>No</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <u>No</u> <input checked="" type="radio"/> <u>SI</u> <input type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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>Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>hormas</u> b) <u>Neumonía intrahospitalaria</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>seminis</u> c) <u>VIA / SIDA</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>meses</u> d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <u>Sarcoma de Kaposi</u> <u>Tuberculosis miliar</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>meses</u> <u>meses</u>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U05.1</u>		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <u>No</u> <input checked="" type="radio"/> <u>SI</u> <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <u>No</u> <input checked="" type="radio"/> <u>SI</u> <input type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto <u>Accidente</u> <input type="radio"/> <u>Homicidio</u> <input type="radio"/> <u>Suicidio</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <u>No</u> <input checked="" type="radio"/> <u>SI</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>2395</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>Colonia</u>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <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"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Colonia</u>
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Colonia</u> 22.7.1 Tipo de vialidad <u>2395</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Universitaria</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>2395</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Universitaria</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Código Postal <u>7182410</u> 22.7.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		
23. NOMBRE <u>Don</u> <u>Elias</u> <u>Cruz</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>		
25. CERTIFICADA POR <u>Médico tratante</u> <input type="radio"/> <u>Médico legista</u> <input type="radio"/> <u>Otro médico*</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Persona autorizada por la Secretaría de Salud</u> <input type="radio"/> <u>Autoridad civil*</u> <input type="radio"/> <u>Otro*</u> <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>10237344</u> Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE <u>Don</u> <u>Asilo</u> <u>Ramirez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Av. Venustiano Carranza</u> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior <u>2395</u> 29.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>241022018</u> Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA <u>Oficina de Registro</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>San Luis Potosí</u> <u>4441981000</u>		

180641965