INFORMACIÓN GENERAL							
Tema de la AT	FORTALECIMIENTO VIGILANCIA MORTALIDAD POR IRA EN MENOR DE 5 AÑOS						
Número de AT	1						
Fecha de la AT DD/MM/AA	22/09/2022	**Lugar**	HOMI				
Hora inicio	9:00 AM	**Hora Fin**	11-.30AM				
Nombre de la entidad participante	• Secretaria Distrital de Salud_ REFERENTE IRA _Vigilancia de Salud Publica • Profesionales de la salud y epidemiólogo institucional de HOMI • Profesionales de Subredes integradas de servicio de salud (subred Centro Oriente, Sur Occidente y sur)						
Equipo de trabajo al que pertenecen los participantes*	• Secretaria Distrital de Salud_ REFERENTE IRA _Vigilancia de Salud Publica • Profesionales de la salud y epidemiólogo institucional de HOMI • Profesionales de Subredes integradas de servicio de salud (subred Centro Oriente, Sur Occidente y sur)						
Modalidad de AT	Acompañamiento Técnico		Asesoría Técnica	**X**	Capacitación		
Forma de aplicación	Presencial	-	Virtual		Presencial y Virtual	**X**	
Nombres y dependencia de quienes desarrollan la AT	• Karen Jimenez Referente de Infección Respiratoria Aguda _ VSP_ SDS						

PLANEACIÓN	
Objetivo de la AT	• Fortalecimiento Vigilancia mortalidad por IRA en menor de 5 años
Agenda de la AT	• Revisión de lineamiento y criterio de notificación evento 591

Nota. Este formato se implementa en el marco del Lineamiento de Asistencia Técnica Salud Pública (SDS-GSP-LN-002).

DESARROLLO DE CONTENIDOS

NORMATIVIDAD NACIONAL:

En el marco del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 del 2016 las IPS deben *participar en las estrategias de Vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública, así como cumplir las normas técnicas para la Vigilancia de los eventos de interés en salud pública que sean expedidas por las autoridades Sanitarias*.

REVISIÓN DE LAS DEFINICIONES OPERATIVAS DE LOS EVENTOS:

La Vigilancia de la Infeccion Respiratoria Aguda en la ciudad se realiza según los establecido por la normatividad nacional , en este caso por medio de los protocolos de vigilancia en salud publica de:

- INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) códigos: 345, 348, 591,995
- VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA O DESNUTRICIÓN Código 591

CON RELACION A LAS CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LA VIGILANCIA DE MORTALIDADA MENOR DE 5 AÑOS POR IRA TENEMOS LOS SIGUIENTE:

Evento 591:

Vigila la mortalidad integrada por IRA/EDA y DESNUTRICIÓN, este evento Vigila todo niño fallecido menor de cinco años que tenga registrado en la cascada fisiopatología del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) DNT o deficiencias nutricionales, enfermedad diarreica aguda o infección respiratoria.

DEFINICIÓN OPERATIVA DEL EVENTO:

Tipos de Caso	Características de la Clasificación
Caso probable de muerte por IRA, EDA o DNT en menor de cinco años	Todo niño fallecido menor de cinco años que tenga registrado en la cascada fisiopatología del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) DNT o deficiencias nutricionales, enfermedad diarreica aguda o infección respiratoria aguda.
Caso confirmado de muerte por IRA, EDA o DNT en menor de cinco años	Todo niño fallecido menor de cinco años que tenga registrado en la cascada fisiopatología del certificado de defunción (causa directa, relacionadas y otros estados patológicos) DNT o deficiencias nutricionales, enfermedad diarreica aguda o infección respiratoria aguda y se confirme por unidad de análisis.
Caso descartado de muerte por IRA, EDA o DNT	Todo niño fallecido menor de cinco años en el que se descarta mediante unidad de análisis la presencia de infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o DNT.

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado	Menor de cinco años que fallezca por causa básica, directa o relacionada con IRA. Nota: En las mortalidades por IRA en los menores hasta de un mes de vida, se deben excluir los casos de mortalidad atribuible a los problemas respiratorios perinatales, en especial a los que tienen relación con la prematurez, con las enfermedades congénitas y a los casos de mortalidad en los que el paciente sufra un cuadro infeccioso de origen intrauterino o relacionado con el parto. Adicionalmente, se debe hacer el diagnóstico diferencial con los casos con alta probabilidad de muerte súbita del neonato. Si existe sospecha de infección adquirida en la comunidad se debe notificar el caso y realizar las acciones pertinentes de la vigilancia.

Fuente: Definición construida mediante reunión nacional de expertos.

QUE CASOS NO SE DEBEN NOTIFICAR O DEBEN SER CONSULTADOS PREVIO A SU NOTIFICACIÓN:

Durante la asistencia técnica se explica que aquellas muertes en menores de 5 años con causa probable por IRA que cursen con patologías crónicas de base deberán ser comentados a la Secretaria Distrital de Salud previo a su notificación, esto con la finalidad de realizar una revisión integral del caso. Esto tomando en cuenta la línea técnica del INS.

** En los casos que se presenten patologias de base, no cumplirian para la definicion operativa de caso, ni para EDA, ni para IRA ni para desnutrición. En los casos en donde se evidencie durante el analisis de la muerte que se encuentran IRA - Desnutrición, EDA - Desnutrición dentro de la cascada de defunción, se establecera que la causa basica de defunción es la desnutrición de acuerdo a lo establecido en el CIE 10 en su volumen No. 2. se recomienda no dejar asociaciones dentro de la clasificación final del caso (8).*

Fuente: *protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición código 591*

QUE DEBE ACOMPAÑAR CADA REPORTE DE CASOS PROBABLES POR IRA

- Historia clínica
- Ficha de notificación
- Envió de Muestra respiratoria al Laboratorio de Salud Publica

TOMA DE MUESTRA RESPIRATORIA Y REPORTE DE EVENTO 591

Con relación a la toma de muestras en las mortalidades en menores de 5 años por IRA se hace mención a la importancia del envió de muestra respiratoria al LSP de todo caso reportado en el evento 591 que cumpla con la definición operativa del evento

> En las muertes por IRAG inusitado y muertes probables por IRA en menores de cinco años, se debe recolectar muestras de secreción respiratoria hasta seis horas posteriores a la muerte, y/o cortes de tejido del tracto respiratorio de pulmón y bronquios (de ambos lados -derecho e izquierdo-) y tráquea en solución salina, refrigerados para análisis virológico, con contra-muestra adicional de los mismos tejidos en formol tamponado al 10 % para estudio histopatológico.
>
> Las muestras de tejidos deben remitirse en frascos independientes y estériles con cierre hermético rotulados con nombres y apellidos, tipo de tejido y fecha de obtención del tejido. De acuerdo con los lineamientos nacionales de laboratorio. Cada caso debe ir con copia de la ficha epidemiológica y de la epicrisis, todo tipo de muestra debe ser enviada al laboratorio de salud pública como conducto regular, con el propósito de mejorar el flujo de la información.

Fuente: *protocolo de infección respiratoria aguda (IRA) códigos: 345, 348, 591,995*

Se abre espacio para consultas, reforzando nuevamente alguno de los conceptos previamente explicado

SE REALIZA REVISIÓN INTEGRAL DE LOS SIGUIENTES CASOS:

NUMERO DOCUMENTO FALLECIDO	PRIMER NOMBRE FALLECIDO	SEGUNDO NOMBRE FALLECIDO	PRIMER APELLIDO FALLECIDO	SEGUNDO APELLIDO FALLECIDO
1028673044	MARTINA		HERNANDEZ	LARA
1028674186	JESUS	DAVID	MARTINEZ	MARTINEZ
5942246	RIANA	PAOLA	COLON	SANCHEZ
1013697901	SOFIA	ALEJANDRA	QUINTERO	TORRES
1023305584	SAMUEL	DAVID	SANCHEZ	QUITIAN

Conclusiones:

- Seguir línea técnica según lo establecido en la normatividad de los lineamientos y según lo discutido en la asistencia técnica.

Observaciones (si aplica)

- Esta asistencia técnica se desarrolla como consecuencia de una debilidad identificada en casos notificados base Ruaf enero- agosto 2022.
- La asistencia tenía técnica se coordina de manera presencial, sin embargo, la institución solicita se realice también de manera virtual para facilitar la conexión de los diferentes profesionales de la salud que participaron.

*Equipo de trabajo al cual pertenece (ejemplo: PAI, SAN, Salud Mental, Entornos, Junta de acción comunal XXX, colectivo XXX, comunidad afro, madres y padres comunitarios, familias del Jardín XXX, etc.)

COMPROMISOS		
ACCIÓN	**RESPONSABLE**	**FECHA**
La institución tiene la obligación de socializar la información compartida en la capacitación impartida el día de hoy con la totalidad del personal medico y asistencial de su IPS y deberá presentar soportes de su gestión	**Milena Higuera - HOMI**	**Mes de Octubre 2022**

Tema de la AT: Fecha de la AT: Fortalecimiento evento IRA

Nota: Imprimir esta hoja según número de participantes.

Se anexa soporte de revisión de casos clínicos y enmiendas estadísticas gestionadas por la institución posterior a revision de soportes con mesa técnica de expertos.

ACTA DE UNIDAD DE ANÁLISIS CASO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

Fecha de revisión y ajuste de casos con mesa técnica: 22/09/2022
Subred que recopila la información: Subred Centro Oriente, Subred Sur y subred Sur Occidente
UPGD con la que se realiza asistencia técnica y revisión de los casos: HOMI

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

EVENTO: MORTALIDAD EN MENOR DE 5 AÑOS

- **Caso 1 Sofia Alejandra Quintero Torres RC 1013697901**

Nombres y apellidos	Sofia Alejandra Quintero Torres
Tipo y número de identificación	RC 1013697901
Edad	1 años 4 meses 3 días
Sexo	Femenino
Ocupación	No Aplica
Régimen de aseguramiento	Subsidiado
Empresa administradora de planes de beneficios (EAPB)	Capital Salud Eps
Institución prestadora de servicios de salud (IPS) primaria	Sin Dato
Fecha de nacimiento	03/02/2021
Fecha de defunción	07/08/2022
Número de certificado de defunción	731850612
Institución – lugar donde ocurre la muerte	Fundación Hospital de la Misericordia
Entidad territorial de residencia	Bogotá D:C
Entidad territorial de ocurrencia	Bogotá D:C
Localidad de Residencia	SAN CRISTOBAL
Dirección	KR 04 SUR 10 A 15
Estrato	2
Fuente de información	BAI
Fecha de la IEC	No Aplica

Fuente: **Base RUAF / Informe IEC/ SIVIGILA**

Antecedentes, médicos de importancia:

- Secuelas de hipoxia perinatal
- Microcefalia
- Retraso global del neurodesarrollo
- Desnutrición crónica
- Hipertensión arterial
- Acidosis metabólica secundaria de origen multifactorial
- Prematuridad extrema de 29.5 semanas por embarazo gemelar con mortinato inutero
- Antecedente de 2 paros cardiorrespiratorios en periodo neonatal
- Enfermedad renal crónica
- Alta dependencia funcional
- Reorientación del esfuerzo terapéutico

	ACTA DE UNIDAD DE ANÁLISIS CASO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	

1. CERTIFICADO DE DEFUNCION

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	INICIAL	REQUIERE AJUSTE ESTADÍSTICO	FINAL
Causa directa	Insuficiencia Respiratoria Aguda	SI	Insuficiencia respiratoria aguda
Causa antecedentes B	Neumonía Bacteriana Multilobar	SI	Cuadriparesia espástica
Causa antecedentes C	Cuadriplejia Espástica	SI	Encefalopatía hipóxico isquémica
Causa antecedentes D		**NA**	
Otros estados patológicos	Hipoxia Neonatal	SI	Desnutrición crónica, Enfermedad renal crónica, Retardo global del neurodesarrollo

Fuente: Certificado de defunción – RUAF– 2022

Conclusión análisis con mesa técnica:

- Conclusión paciente con múltiples patologías crónicas de base destacando la cuadriparesia espástica severa con trastorno motriz limitante y grave, paciente de alta dependencia funcional, con mal manejo de la secreciones y antecedente de infecciones respiratorias a repetición por broncoaspiración.
- Posterior a revisión de soportes clínicos en mesa técnica se determina que la causa básica de la muerte estuvo asociada a su patología crónica de base, se debe recordar que una de las principales complicaciones de la cuadriparesia espástica y la parálisis cerebral es la Parálisis pseudobulbar *(manifestaciones frecuentes en niños con esta condición caracterizada por succión débil o incoordinada, protrusión lingual o problemas de deglución. Posteriormente presentan sialorrea, desnutrición y en algunos casos broncoaspiración con neumonía secundaria por la problemática de la deglución*)
- Se indica ajuste de cascada de defunción, casos sin criterio para notificar en evento 591, sin criterio para unidad de análisis.

- **Caso 2 Martina Hernández Lara RC 1028673044**

Nombres y apellidos	Martina Hernández Lara
Tipo y número de identificación	RC 1028673044
Edad	4 años 1 mes 18 días
Sexo	Femenina
Ocupación	No Aplica

	ACTA DE UNIDAD DE ANÁLISIS CASO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	

Régimen de aseguramiento	Contributivo
Empresa administradora de planes de beneficios (EAPB)	Compensar EPS
Institución prestadora de servicios de salud (IPS) primaria	Sin Dato
Fecha de nacimiento	15/04/2018
Fecha de defunción	23/06/2022
Número de certificado de defunción	731825413
Institución – lugar donde ocurre la muerte	Fundación Hospital de la Misericordia
Entidad territorial de residencia	Bogotá D:C
Entidad territorial de ocurrencia	Bogotá D:C
Localidad de Residencia	San Cristóbal
Dirección	CL 41 D SUR 17 79 ESTE
Estrato	2
Fuente de información	BAI
Fecha de la IEC	No Aplica

Fuente: **Base RUAF / Informe IEC/ SIVIGILA**

Antecedentes, médicos de importancia:

- Traqueítis 03-10/06/2022(amp/sulbactam) sin aislamiento
- Atresia esofágica corregida
- Estenosis subglótica por IOT prolongada
- Usuaria de gastrostomía hace 1 año
- Usuaria de traqueostomía hace 1 año

2. CERTIFICADO DE DEFUNCION

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	INICIAL	REQUIERE AJUSTE ESTADÍSTICO	FINAL
Causa directa	Choque Séptico	NO	
Causa antecedentes B	Síndrome de Dificulta Respiratoria Directo Agudo por Adenovirus	SI	SEPSIS DEBIDA A STAPHYLOCOCCUS AUREUS
Causa antecedentes C		SI	Traqueítis Bacteriana
Causa antecedentes D		SI/NO	
Otros estados patológicos	Falla renal	SI/NO	Coinfección con adenovirus Portador de gastrostomía y traqueostomía, alta

			dependencia funcional

Fuente: Certificado de defunción – RUAF– 2022

Conclusión análisis con mesa técnica:

- paciente con múltiples patologías crónicas de base, alta dependencia funcional, portador de traqueostomía y gastrostomía, que consulta por sangrado en traqueostomía y gastrostomía, posterior a su ingreso se diagnostica traqueítis e infección asociada al cuidado de la salud en manejo (egreso 14/06/2022) , insuficiencia respiratoria tipo 3 intervenida , hemorragia de vías digestivas altas, anemia normocitica con requerimiento de transfusión (18/06/2022) e infección por adenovirus
- Posterior a revisión de soportes clínicos y aislamientos etiológicos durante su última atención, se descarta la Infección Respiratoria Aguda como la causa básica de muerte, indicando ajuste de cascada de defunción.
- Casos sin criterio para notificar en evento 591, sin criterio para unidad de análisis.

- **Caso 3 Riana Paola Colon Sánchez PE 5942246**

Nombres y apellidos	Riana Paola Colon Sánchez
Tipo y número de identificación	PE 5942246
Edad	3 años 10 meses 17 días
Sexo	Femenino
Ocupación	No Aplica
Régimen de aseguramiento	Subsidiado
Empresa administradora de planes de beneficios (EAPB)	Capital Salud EPS
Institución prestadora de servicios de salud (IPS) primaria	Sin Dato
Fecha de nacimiento	04/08/2018
Fecha de defunción	01/07/2022
Número de certificado de defunción	731850562
Institución – lugar donde ocurre la muerte	Fundación Hospital de la Misericordia
Entidad territorial de residencia	Bogotá D:C
Entidad territorial de ocurrencia	Bogotá D:C
Localidad de Residencia	Antonio Nariño
Dirección	KR 32 18 A 19 Sur
Estrato	2
Fuente de información	BAI
Fecha de la IEC	No Aplica

Fuente: **Base RUAF / Informe IEC/ SIVIGILA**

Antecedentes, médicos de importancia:

- Secuelas de encefalopatía hipoxica isquémica
- Síndrome de West
- Retardo global del neurodesarrollo

- Insuficiencia motora de origen cerebral
- Neumopatía Crónica multifactorial
- Trastorno severo de la deglución
- Portador de gastrostomía
- Reorientación de objetivos terapéuticos

3. CERTIFICADO DE DEFUNCION

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	INICIAL	REQUIERE AJUSTE ESTADÍSTICO	FINAL
Causa directa	Insuficiencia Respiratoria Aguda	NO	Insuficiencia Respiratoria Aguda
Causa antecedentes B	Neumonía Multilobar Bacteriana	SI	Neumopatía crónica
Causa antecedentes C	Neumopatía Crónica Multifactorial	SI	Insuficiencia motora de origen cerebral
Causa antecedentes D		SI/NO	
Otros estados patológicos	Síndrome de, West Epilepsia	SI/NO	
Otros estados patológicos	Secuelas Encefalopatía Hipóxico Isquémica	SI	Síndrome de West, epilepsia, Secuelas Encefalopatía Hipóxico Isquémica

Fuente: Certificado de defunción – RUAF– 2022

Conclusión análisis con mesa técnica:

- Paciente con múltiples patologías crónicas destacando alta dependencia funcional, Sindrome de West, Insuficiencia motora de origen cerebral y Neumopatía Crónica multifactorial. Se descarta la Infección respiratoria aguda como la causa básica de la muerte.
- No se logra aislamiento etiológico ni viral ni bacteriano, (panel viral y prueba para SARS-COV2) NEGATIVO
- Casos sin criterio para notificar en evento 591, sin criterio para unidad de análisis.

4. JESUS DAVID MARTINEZ MARTINEZ

Nombres y apellidos	Jesús David Martínez Martínez
Tipo y número de identificación	RC 1028674186
Edad	3 años
Sexo	Masculino
Ocupación	NA

	ACTA DE UNIDAD DE ANÁLISIS CASO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	

Régimen de aseguramiento	Subsidiado
Empresa administradora de planes de beneficios (EAPB)	Mutual Ser
Institución prestadora de servicios de salud (IPS) primaria	No hay información
Fecha de nacimiento	14 de abril de 2019
Fecha de defunción	24 de julio de 2022
Número de certificado de defunción	731842025
Institución – lugar donde ocurre la muerte	Fundación Hospital La Misericordia
Entidad territorial de residencia	Ciudad Bolívar
Entidad territorial de ocurrencia	Bogotá D:C
Localidad de Residencia	Ciudad Bolivar – UPZ 66 San Francisco
Dirección	Dg 64B SUR 19 36
Estrato	2
Fuente de información	Sivigila
Fecha de la IEC	No Aplica

Antecedentes, médicos de importancia:

- Displasia broncopulmonar
- Estenosis subglótica del 100% con requerimiento de traqueostomía desde el año de edad
- Ultimo cambio de cánula traqueal en el mes de febrero de 2022
- Desnutrición crónica.

4. CERTIFICADO DE DEFUNCION

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	INICIAL	REQUIERE AJUSTE ESTADÍSTICO	FINAL
Causa directa	Insuficiencia Respiratoria Crónica Agudizada	NO	Insuficiencia Respiratoria Crónica Agudizada
Causa antecedentes B	Hipoxemia Refractaria	SI	Displasia Broncopulmonar
Causa antecedentes C	Neumonía Multipolar por Adenovirus Y Serratia	SI	Estenosis subglótica
Causa antecedentes D	Displasia Broncopulmonar	SI	
Otros estados patológicos	Estenosis subglótica	SI	Infección por Adenovirus y Serratia Traqueostomía y desnutrición crónica

Fuente: Certificado de defunción – RUAF– 2022

	ACTA DE UNIDAD DE ANÁLISIS CASO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	

Conclusión análisis con mesa técnica:

- Paciente con múltiples patologías crónicas destacando estenosis subglótica del 100% con requerimiento de traqueostomía desde el año de edad, con requerimiento de oxigeno desde el nacimiento hasta el momento de la defunción, que lo hacían susceptible a complicaciones medicas ante cualquier proceso infeccioso.
- Casos sin criterio para notificar en evento 591, sin criterio para unidad de análisis.
- Se indica ajuste de cascada de defunción.

5. SAMUEL DAVID SANCHEZ QUITIAN

Nombres y apellidos	SAMUEL DAVID SANCHEZ QUITIAN
Tipo y número de identificación	RC1023305584
Edad	2 MESES
Sexo	MASCULINO
Ocupación	MENOR
Régimen de aseguramiento	CONTRIBUTIVO
Empresa administradora de planes de beneficios (EAPB)	EPS FAMISANAR
Institución prestadora de servicios de salud (IPS) primaria	COLSUBSIDIO
Fecha de nacimiento	15/03/2022
Fecha de defunción	10/06/2022
Número de certificado de defunción	731825281
Institución – lugar donde ocurre la muerte	FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
Entidad territorial de residencia	BOGOTA
Entidad territorial de ocurrencia	BOGOTA
Localidad de Residencia	KENNEDY
Dirección	KR 99A 42F 41 SUR
Estrato	1
Fuente de información	RUAF
Fecha de la IEC	NO APLICA

Fuente: **Base RUAF**

Antecedentes, médicos de importancia:

- Insuficiencia respiratoria crónica
- Apnea obstructiva durante el sueño
- Síndrome del niño hipotónico
- Síndrome dismórfico
- Trastorno de succión y deglución severo
- Cardiopatía congénita

5.CERTIFICADO DE DEFUNCION

	ACTA DE UNIDAD DE ANÁLISIS CASO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	INICIAL	REQUIERE AJUSTE ESTADÍSTICO	FINAL
Causa directa	Disfunción organica múltiple	SI	Insuficiencia respiratoria aguda
Causa antecedentes B	Insuficiencia respiratoria aguda	SI	Falla orgánica múltiple
Causa antecedentes C	Neumonía multilobar viral rinovirus y adenovirus	SI	Síndrome dismórfico, sospecha de síndrome noonan
Causa antecedentes D			
Otros estados patológicos	Síndrome dismórfico	SI	Infección por rinovirus y adenovirus, valvulopatia aortica, trastorno de deglución, síndrome hipotónico

Fuente: Certificado de defunción – RUAF– 2022

Conclusión análisis con mesa técnica:

- Paciente con múltiples patologías crónicas de base, destacando síndrome dismórfico, hipotonía generalizada y trastorno severo de la deglución que lo hacían susceptible a infección respiratorias a repetición y complicaciones medicas ante cualquier proceso infeccioso. Posterior a revisión de soportes con mesa técnica de expertos, se descarta la Infección Respiratoria como la causa básica de la muerte y se indica ajuste de cascada de defunción.
- Casos sin criterio para notificar en evento 591, sin criterio para unidad de análisis.

5. RECOMENDACIONES

Acta elaborada por:

Dra. Karen Jimenez R – PEDIATRA

Información recopilada por:

Subred Centro Oriente, Subred Sur y subred Sur Occidente

	ACTA DE UNIDAD DE ANÁLISIS CASO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	

DANE
INFORMACIÓN PARA TODOS

República de Colombia
DOCUMENTO DE ENMIENDA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

La salud es de todos | Minsalud

1. NUMERO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 73185056 2

6. TIPO DE DEFUNCIÓN
- [ ] 1. Fetal
- [x] 2. No fetal

7. FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN
2022 Año | 09 Mes | 01 Día

2. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
Departamento: Bogotá D.C. | Municipio: Bogotá D.C.

9. SEXO DEL FALLECIDO
- [ ] 1. Masculino
- [x] 2. Femenino
- [ ] 3. Indeterminado

10. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (Tal como figuran en el documento de identidad)
Primer apellido: Colón | Segundo apellido: Sánchez
Primer nombre: Bianca | Segundo nombre: Paola

11. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO
- [ ] Registro civil
- [ ] Cedula de ciudadanía
- [ ] Tarjeta de identidad
- [ ] Cedula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Registro civil

12. NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO
PT 5942246

15. EDAD DEL FALLECIDO
- [ ] 0. Menor de una hora (en minutos) (00-59)
- [ ] 1. Menor de un día (en horas) (01-23)
- [ ] 2. Menor de un mes (en días) (01-29)
- [ ] 3. Menor de un año (en meses) (01-11)
- [x] 4. De un año o más (en años cumplidos) (01-29)

Edad: 03

III. DEFUNCIONES DE MUJERES EN EDAD FERTIL (10 A 54 AÑOS)

37. Estaba embarazada cuando falleció
- [ ] SI (Pase a 40)
- [ ] NO
- [ ] Sin información.

38. Estuvo embarazada en las últimas 6 semanas
- [ ] SI (Pase a 40)
- [ ] NO
- [ ] Sin información.

39. Estuvo embarazada en los últimos 12 meses
- [ ] SI (Pase a 40)
- [ ] NO
- [ ] Sin información.

40. PROBABLE MANERA DE MUERTE
- [ ] 1. Natural
- [ ] 2. Violenta →
  - [ ] 1. Suicidio
  - [ ] 2. Homicidio
  - [ ] 3. Accidente de transito
  - [ ] 4. Otro accidente
  - [ ] 5. En estudio
- [ ] 3. En estudio

41. ¿COMO OCURRIO EL HECHO (Si herido (clase de arma); ahogado(quebrada, río, pozo, piscina, etc.); atropellado (vehículo de motor, bicicleta, de tracción animal, etc. Y especificar si el fallecimiento era conductor, pasajero o peatón); si fue envenenado(la clase de veneno, droga, medicamento, gases o vapores)

45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (en caso de muerte fetal, o menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)

(Consigne una causa por línea):

		Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte: Tiempo	Unidad de medida (minutos, horas, días Semanas, meses, años)
I. CAUSA DIRECTA: mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.	a) Debido a: Insuficiencia Respiratoria Aguda	02	días 5.
CAUSAS ANTECEDENTES: estados morbosos, si existieran algunos, que produjeron la causa consignada en (a), mencionándose en el último lugar, la causa básica o fundamental.	b) Debido a: Neumopatía crónica	03	años 5
	c) Debido a: Insuficiencia Aguda de origen medical	03	años 5
	d) Debido a: —		—
III. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES que contribuyan a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad, o estado morboso que la produjo: Síndrome de West, epilepsia Secuelas de encefalopatía mixta isquemica		03	años

47. NOMBRE DE QUIEN EXPIDE LA ENMIENDA (En letra imprenta) tal como figuran en el documento de identificación
Nombre(s): Paola Andrea
Apellido(s): Salcedo Rivera

48. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
- [x] Cedula de ciudadanía
- [ ] Pasaporte
- [ ] Cedula de extranjería

49. NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
52429949

52. LUGAR Y FECHA DE LA EXPEDICIÓN DE LA ENMIENDA
Departamento: Bogotá D.C.
Municipio: Bogotá D.C.
2022 Año | 09 Mes | 26 Día

5. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE EMITE LA ENMIENDA
Fundación Hospital de la Misericordia
Código: 110010568101

Paola A. Salcedo R / 118367 / 2011
53. Firma y Nro. de la tarjeta profesional de quien expide la Enmienda

NUMERO DE VARIABLE QUE SE ACTUALIZA:
[ ][ ] ; [ ][ ] ; [ ][ ] ; [ ][ ] ; [ ][ ] ;
[ ][ ] ; [ ][ ] ; [ ][ ] ; [ ][ ] ; [ ][ ] ;

OBSERVACIONES:

*La numeración de las variables corresponden al orden del certificado de defunción.

DANE
INFORMACIÓN PARA TODOS

República de Colombia
DOCUMENTO DE ENMIENDA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

La salud es de todos — Minsalud

1. NUMERO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 73825413

6. TIPO DE DEFUNCIÓN	7. FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN	2. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
☐ 1.Fetal ☒ 2.No fetal	2022 Año 06 Mes 23 Día	Departamento: Bogotá D.C. Municipio: Bogotá D.C.

9. SEXO DEL FALLECIDO	10. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (Tal como figuran en el documento de identidad)
☐ 1.Masculino ☒ 2.Femenino ☐ 3.Indeterminado	Primer apellido: Hernandez — Segundo apellido: Lara. Primer nombre: Martina — Segundo nombre: —

11. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	15. EDAD DEL FALLECIDO
☒ Registro civil ☐ Cedula de extranjería ☐ Cedula de ciudadanía ☐ Pasaporte ☐ Tarjeta de identidad ☐ Registro civil 12. NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: 1028673041	☐ 0. Menor de una hora (en minutos) (00-59) ☐ 1. Menor de un día (en horas) (01-23) ☐ 2. Menor de un mes (en días) (01-29) ☐ 3. Menor de un año (en meses) (01-11) ☒ 4. De un año o más (en años cumplidos) (01-29) Edad: 04

III. DEFUNCIONES DE MUJERES EN EDAD FERTIL (10 A 54 AÑOS)

37. Estaba embarazada cuando falleció	38. Estuvo embarazada en las últimas 6 semanas	39. Estuvo embarazada en los últimos 12 meses
☐ SI (Pase a 40) ☐ NO ☐ Sin información.	☐ SI (Pase a 40) ☐ NO ☐ Sin información.	☐ SI (Pase a 40) ☐ NO ☐ Sin información.

40. PROBALE MANERA DE MUERTE
☐ 1.Natural
☐ 2. Violenta → ☐ 1. Suicidio ☐ 2. Homicidio ☐ 3. Accidente de transito ☐ 4. Otro accidente ☐ 5. En estudio
☐ 3.En estudio

41. ¿COMO OCURRIO EL HECHO (Si herido (clase de arma); ahogado(quebrada, río, pozo, piscina, etc.); atropellado (vehículo de motor, bicicleta, de tracción animal, etc. Y especificar si el fallecimiento era conductor, pasajero o peatón); si fue envenenado(la clase de veneno, droga, medicamento, gases o vapores)

45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (en caso de muerte fetal, o menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)

(Consigne una causa por línea):

		Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte: Tiempo	Unidad de medida (minutos, horas, días Semanas, meses, años)
I. CAUSA DIRECTA: mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.	Disfunción organica multiple	01	dia
CAUSAS ANTECEDENTES: estados morbosos, si existiera algunos, que produjeron la causa consignada en (a), mencionándose en el último lugar, la causa básica o fundamental.	a) Debido a: Sepsis Staphylococcus Aureus	03	días
	b) Debido a: Traqueitis Bacteriana	05	días
	c) Debido a: —	☐☐	—
	d) Debido a:		
III. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES que contribuyan a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad, o estado morboso que la produjo:	Canalización para aderovirus, gastrostomia y traqueostomia alta dependencia.	☐☐	—

47.NOMBRE DE QUIEN EXPIDE LA ENMIENDA (En letra imprenta) tal como figuran en el documento de identificación	48.TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	49.NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
Nombre(s): Paola Andrea Apellido(s): Salazar Pacheco	☒ Cedula de ciudadanía ☐ Pasaporte ☐ Cedula de extranjería	52429946

52.LUGAR Y FECHA DE LA EXPEDICIÓN DE LA ENMIENDA	5.NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE EMITE LA ENMIENDA
Departamento: Bogotá D.C. Municipio: Bogotá D.C. 2022 Año 09 Mes 26 Día	Fundación Hospital de la Misericordia Código: 110010568101 Paola D. Salazar P. 118367/2011 53. Firma y Nro. de la tarjeta profesional de quien expide la Enmienda

NUMERO DE VARIABLE QUE SE ACTUALIZA: ☐☐;☐☐;☐☐;☐☐;☐☐;☐☐;☐☐;☐☐;☐☐;☐☐

OBSERVACIONES: —

*La numeración de las variables corresponden al orden del certificado de defunción.

DANE
INFORMACIÓN PARA TODOS

República de Colombia
DOCUMENTO DE ENMIENDA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

La salud es de todos | Minsalud

1. NUMERO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 731825420

6. TIPO DE DEFUNCIÓN	7. FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN	2. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
☐ 1 Fetal ☒ 2 No fetal	2022 Año 08 Mes 24 Día	Departamento: Bogotá D.C. — Municipio: Bogotá D.C.

9. SEXO DEL FALLECIDO	10. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (Tal como figuran en el documento de identidad)
☒ 1.Masculino ☐ 2.Femenino ☐ 3.Indeterminado	Primer apellido: Martínez — Segundo apellido: Martínez Primer nombre: Jesús — Segundo nombre: David

11. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	15. EDAD DEL FALLECIDO
☒ Registro civil ☐ Cedula de extranjería ☐ Cedula de ciudadanía ☐ Pasaporte ☐ Tarjeta de identidad ☐ Registro civil	☐ 0. Menor de una hora (en minutos) (00-59) ☐ 1. Menor de un día (en horas) (01-23) ☐ 2. Menor de un mes (en días) (01-29) ☐ 3. Menor de un año (en meses) (01-11) ☒ 4. De un año o más (en años cumplidos) (01-29) Edad 03
12. NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: 1028674186.	

III. DEFUNCIONES DE MUJERES EN EDAD FERTIL (10 A 54 AÑOS)			40. PROBABLE MANERA DE MUERTE
37. Estaba embarazada cuando falleció	38. Estuvo embarazada en las últimas 6 semanas	39. Estuvo embarazada en los últimos 12 meses	
☐ SI (Pase a 40)	☐ SI (Pase a 40)	☐ SI (Pase a 40)	☐ 1.Natural
☐ NO	☐ NO	☐ NO	☐ 2. Violenta → ☐ 1. Suicidio; ☐ 2. Homicidio; ☐ 3. Accidente de transito; ☐ 4. Otro accidente; ☐ 5. En estudio
☐ Sin información.	☐ Sin información.	☐ Sin información.	☐ 3.En estudio

41. ¿COMO OCURRIO EL HECHO (Si herido (clase de arma); ahogado(quebrada, río, pozo, piscina, etc.); atropellado (vehículo de motor, bicicleta, de tracción animal, etc. Y especificar si el fallecimiento era conductor, pasajero o peatón); si fue envenenado(la clase de veneno, droga, medicamento, gases o vapores)

—

45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (en caso de muerte fetal, o menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)

(Consigne una causa por línea):

		Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte: Tiempo	Unidad de medida (minutos, horas, días Semanas, meses, años)
I. CAUSA DIRECTA: mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.	a) Debido a: Insuficiencia Respiratoria Aguda secundaria a Displasia Broncopulmonar.	04	días.
CAUSAS ANTECEDENTES: estados morbosos, si existiera algunos, que produjeron la causa consignada en (a), mencionándose en el último lugar, la causa básica o fundamental.	b) Debido a: Enterocolitis subaguda.	03	años
	c) Debido a: —	03	años.
	d) Debido a:	☐	—
III. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES quo contribuyon a la muerte, poro no rolacionados con le enfermedad, o estado morboso que la produjo: Infección por adenovirus y sarcoma. Traqueostomía y desnutrición crónica.		03	años

47.NOMBRE DE QUIEN EXPIDE LA ENMIENDA (En letra imprenta) tal como figuran en el documento de identificación	48.TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	49.NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
Nombre(s): Paola Andrea Apellido(s): Salazar Pacheco.	☒ Cedula de ciudadanía ☐ Pasaporte ☐ Cedula de extranjería	52429941

52.LUGAR Y FECHA DE LA EXPEDICIÓN DE LA ENMIENDA	5.NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE EMITE LA ENMIENDA
Departamento: Bogotá D.C. Municipio: Bogotá D.C. 2022 Año — 05 Mes — 26 Día	Fundación Hospital de la Misericordia Código: 110010016301 Paola Salazar P. 118367/2011 53. Firma y Nro. de la tarjeta profesional de quien expide la Enmienda

NUMERO DE VARIABLE QUE SE ACTUALIZA:	OBSERVACIONES:
☐☐; ☐☐; ☐☐; ☐☐; ☐☐; ☐☐; ☐☐; ☐☐; ☐☐; ☐☐;	—

*La numeración de las variables corresponden al orden del certificado de defunción.

DANE
INFORMACIÓN PARA TODOS

República de Colombia
DOCUMENTO DE ENMIENDA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

La salud es de todos — Minsalud

1. NUMERO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 73185062

6. TIPO DE DEFUNCIÓN
- [ ] 1.Fetal
- [x] 2.No fetal

7. FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN
2022 Año
09 Mes
08 Día

2. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
Departamento: Bogotá D.C.
Municipio: Bogotá DC.

9. SEXO DEL FALLECIDO
- [ ] 1.Masculino
- [x] 2.Femenino
- [ ] 3.Indeterminado

10. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (Tal como figuran en el documento de identidad)
Primer apellido: Quintero
Segundo apellido: Torres
Primer nombre: Sofia
Segundo nombre: Alejandra

11. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO
- [x] Registro civil
- [ ] Cedula de ciudadanía
- [ ] Tarjeta de identidad
- [ ] Cedula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Registro civil

12. NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO
1013697901

15. EDAD DEL FALLECIDO
- [ ] 0. Menor de una hora (en minutos) (00-59)
- [ ] 1. Menor de un día (en horas) (01-23)
- [ ] 2. Menor de un mes (en días) (01-29)
- [ ] 3. Menor de un año (en meses) (01-11)
- [x] 4. De un año o más (en años cumplidos) (01-29)

Edad: 01

III. DEFUNCIONES DE MUJERES EN EDAD FERTIL (10 A 54 AÑOS)

37. Estaba embarazada cuando falleció
- [ ] SI (Pase a 40)
- [ ] NO
- [ ] Sin información.

38. Estuvo embarazada en las últimas 6 semanas
- [ ] SI (Pase a 40)
- [ ] NO
- [ ] Sin información.

39. Estuvo embarazada en los últimos 12 meses
- [ ] SI (Pase a 40)
- [ ] NO
- [ ] Sin información.

40. PROBABLE MANERA DE MUERTE
- [ ] 1.Natural
- [ ] 2. Violenta →
  - [ ] 1. Suicidio
  - [ ] 2. Homicidio
  - [ ] 3. Accidente de transito
  - [ ] 4. Otro accidente
  - [ ] 5. En estudio
- [ ] 3.En estudio

41. ¿COMO OCURRIO EL HECHO (Si herido (clase de arma); ahogado(quebrada, río, pozo, piscina, etc.); atropellado (vehículo de motor, bicicleta, de tracción animal, etc. Y especificar si el fallecimiento era conductor, pasajero o peatón); si fue envenenado(la clase de veneno, droga, medicamento, gases o vapores)

45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (en caso de muerte fetal, o menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)

(Consigne una causa por línea)

		Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte: Tiempo	Unidad de medida (minutos, horas, días Semanas, meses, años)
I. CAUSA DIRECTA: mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.	Insuficiencia Respiratoria Aguda	06	hora
a) Debido a:	Cuadriparesia espástica	01	año
CAUSAS ANTECEDENTES: estados morbosos, si existiera algunos, que produjeron la causa consignada en (a), mencionándose en el último lugar, la causa básica o fundamental. b) Debido a:	Encefalopatía hipóxico isquémica	01	año
c) Debido a:	—		—
d) Debido a:			
III. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES que contribuyen a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad, o estado morboso que la produjo:	Desnutrición crónica, enfermedad renal crónica, retraso global del neurodesarrollo	01	año

47. NOMBRE DE QUIEN EXPIDE LA ENMIENDA (En letra imprenta) tal como figuran en el documento de identificación
Nombre(s): Paola Andrea
Apellido(s): Salazar Pacheco.

48. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
- [x] Cedula de ciudadanía
- [ ] Pasaporte
- [ ] Cedula de extranjería

49. NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
52429941

52. LUGAR Y FECHA DE LA EXPEDICIÓN DE LA ENMIENDA
Departamento: Bogotá D.C.
Municipio: Bogotá D.C.
2022 Año | 09 Mes | 26 Día

5. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE EMITE LA ENMIENDA
Fundación Hospital de la Misericordia
Código: 110010561801

Paola A. Salazar P. 118367/2011
53. Firma y Nro. de la tarjeta profesional de quien expide la Enmienda

NUMERO DE VARIABLE QUE SE ACTUALIZA:
[ ]; [ ]; [ ]; [ ]; [ ];
[ ]; [ ]; [ ]; [ ]; [ ];

OBSERVACIONES:

*La numeración de las variables corresponden al orden del certificado de defunción.

DANE
INFORMACIÓN PARA TODOS

República de Colombia
DOCUMENTO DE ENMIENDA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

La salud es de todos | Minsalud

1. NUMERO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 73182528 1

6. TIPO DE DEFUNCIÓN	7. FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN	2. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
☐ 1.Fetal ☒ 2.No fetal	2022 Año 06 Mes 10 Día	Departamento: Bogotá D.C. — Municipio: Bogotá D.C.

9. SEXO DEL FALLECIDO	10. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (Tal como figuran en el documento de identidad)
☒ 1.Masculino ☐ 2.Femenino ☐ 3.Indeterminado	Primer apellido: Sánchez — Segundo apellido: Quitian. Primer nombre: Samuel — Segundo nombre: David.

11. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	15. EDAD DEL FALLECIDO
☒ Registro civil ☐ Cedula de extranjería ☐ Cedula de ciudadanía ☐ Pasaporte ☐ Tarjeta de identidad ☐ Registro civil	☐ 0. Menor de una hora (en minutos) (00-59) ☐ 1. Menor de un día (en horas) (01-23) ☐ 2. Menor de un mes (en días) (01-29) ☒ 3. Menor de un año (en meses) (01-11) ☐ 4. De un año o más (en años cumplidos) (01-29) Edad 02
12. NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: 1023305584	

III. DEFUNCIONES DE MUJERES EN EDAD FERTIL (10 A 54 AÑOS)			40. PROBALE MANERA DE MUERTE
37. Estaba embarazada cuando falleció	38. Estuvo embarazada en las últimas 6 semanas	39. Estuvo embarazada en los últimos 12 meses	
☐ SI (Pase a 40)	☐ SI (Pase a 40)	☐ SI (Pase a 40)	☐ 1.Natural
☐ NO	☐ NO	☐ NO	☐ 2. Violenta → ☐ 1. Suicidio ☐ 2. Homicidio ☐ 3. Accidente de transito ☐ 4. Otro accidente ☐ 5. En estudio
☐ Sin información.	☐ Sin información.	☐ Sin información	☐ 3.En estudio

41. ¿COMO OCURRIO EL HECHO (Si herido (clase de arma); ahogado(quebrada, río, pozo, piscina, etc.); atropellado (vehículo de motor, bicicleta, de tracción animal, etc. Y especificar si el fallecimiento era conductor, pasajero o peatón); si fue envenenado(la clase de veneno, droga, medicamento, gases o vapores)

45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (en caso de muerte fetal, o menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)

(Consigne una causa por línea):

		Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte: Tiempo	Unidad de medida (minutos, horas, días Semanas, meses, años)
I. CAUSA DIRECTA: mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.	Insuficiencia Respiratoria Aguda	02	días.
CAUSAS ANTECEDENTES: estados morbosos, si existiera algunos, que produjeron la causa consignada en (a), mencionándose en el último lugar, la causa básica o fundamental.	a) Debido a: Falla orgánica múltiple	07	días.
	b) Debido a: Síndrome dismorfico, Sospecha	05	días.
	c) Debido a: Síndrome de Noonan.		
	d) Debido a:		
III. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES quo contribuyon a la muerto, poro no rolacionados con la enfermedad, o estado morboso que la produjo: Infección por Rinovirus y Adenovirus			

47. NOMBRE DE QUIEN EXPIDE LA ENMIENDA (En letra imprenta) tal como figuran en el documento de identificación	48. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	49. NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
Paula Andrea (Nombre(s)) Salazar Pacheco. (Apellido(s))	☒ Cedula de ciudadanía ☐ Pasaporte ☐ Cedula de extranjería	52429949.

52. LUGAR Y FECHA DE LA EXPEDICIÓN DE LA ENMIENDA	5. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE EMITE LA ENMIENDA
Departamento: Bogotá D.C. Municipio: Bogotá D.C. 2022 Año — 09 Mes — 26 Día	Fundación Hospital de la Misericordia. Código: 110010561401 Paula A. Salazar P 118367/2011 53. Firma y Nro. de la tarjeta profesional de quien expide la Enmienda

NUMERO DE VARIABLE QUE SE ACTUALIZA:	OBSERVACIONES:
☐☐ ; ☐☐ ; ☐☐ ; ☐☐ ; ☐☐ ; ☐☐ ; ☐☐ ; ☐☐ ; ☐☐ ; ☐☐ ;	

el orden del certificado de defunción.