

A QUIEN CORRESPONDA:

PACIENTE: REGINA MARTINEZ ROMERO EDAD: 8 MESES

Paciente femenino de 8 meses de edad, producto por parto eutócico de primera gesta con peso al nacer de 3,180 gr, sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual, el cual inicia el día 26 de junio del 2018 con signos compatibles con faringitis, manejada en 2 ocasiones por médico privado, sin que presente mejoría, agregándose posteriormente evacuaciones diarreicas, vómitos, fiebre, por lo que acude el día 01 de julio del 2018 a Hospital Central, en donde se le maneja con rehidratación oral por 5 horas aproximadamente, siendo egresada, continuando en su domicilio nuevamente con vómito en 4 ocasiones, por lo que es valorada en urgencias de Hospital Star Médica, en donde se le encuentra con deshidratación moderada – severa, con frecuencia cardiaca de 134 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, temperatura 37.5 grados centígrados, saturación de oxígeno 94%, por lo que se recomienda manejo hospitalario de primera intención, el cual no es aceptado y se egresa con datos de alarma.

Posteriormente, al continuar presentando nuevo vómito, regresa a urgencias en donde a las 19:05 se interna, ya con datos de deshidratación severa, y se le indica canalizar con soluciones para carga de una hora, cefuroxima y la monitorización de signos vitales horarios, sin que se logre canalizar una vena periférica; por lo que se indica la colocación de un catéter por venodisección, el cual se colocó a las 23:20, pasándose inmediatamente soluciones a chorro como manejo para choque hipovolémico. También se encuentra glucemia periférica de 10 mg/dL al momento de poner el catéter referido, por lo que se le pasa bolo de solución glucosada al 10% y se continúa con solución mixta a 200 ml/kg de peso. Se tomaron exámenes de laboratorio, los cuales reportaron Leucocitos 15 900, con 56% de linfocitos, 40% neutrófilos, Hemoglobina 9.5 g/dL, hematocrito 28.5%, plaquetas 311 000, glucosa en suero 10 mg/dL, creatinina 1.1 mg/dL, PCR <5, sodio 149 mg/dL, potasio 6.62 mg/dL, cloro 119 mg/dL. La paciente presenta polipnea de 34 por minuto e hipotermia de 35.5 grados centígrados, 98% de saturación de oxígeno sin apoyo de oxígeno suplementario, por lo que se revalora nueva glucosa a la 02:10 horas encontrando 11 mg/dL, y se corrige con nueva carga de glucosado a 0.5 gr/Kg de peso, encontrando a las 02:40 glicemia de 40 mg/dL, sin embargo, la mejoría de la paciente fue muy leve, incrementando su frecuencia respiratoria, por lo que se solicita gasometría que reportó a las 03:03 encontrando datos de acidosis metabólica franca, por lo que se agrega inmediatamente bicarbonato de sodio y nueva carga rápida de cloruro de sodio, mejorando levemente las condiciones generales de la paciente y a las 04:00 presenta pausas respiratorias con hematemesis agregada y posteriormente cae en paro respiratorio, con bradicardia, por lo que se inicia resucitación cardiopulmonar, se le aplica nueva carga de bicarbonato y adrenalina en 2 ocasiones sin que se logre reanimar a la paciente, por lo que se declara muerta a las 04:47 del 02 de julio del 2018 con los diagnósticos de egreso por defunción de choque hipovolémico y gastroenteritis infecciosa.

DR. ALEJANDRO MERAZ LÁRRAGA

CÉDULA PROFESIONAL 803169



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

180644236

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Regina Martinez Romero Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO 13/10/2017 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP [Empty]	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Empty] Minutos Para menores de un día: [Empty] Horas Para menores de un mes: [Empty] Días Para menores de un año: 08 Meses Para personas de un año o más: [Empty] Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Avenida Tepetztlán 10.1 Tipo de vivienda: Colonia 10.2 Nombre de la vivienda: Hogares Terracuileros 10.3 Núm. Exterior: 165 10.4 Núm. Interior: [Empty] 10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí S.L.P. 10.6 Nombre del asentamiento humano: [Empty] 10.7 Código Postal: [Empty] 10.8 Localidad: [Empty] 10.9 Municipio o delegación: [Empty] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): [Empty]			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>			12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			13.1 Número de seguridad social o afiliación [Empty]
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ 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"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: Stor. Medicina 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Empty]			14.3 Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> 14.4 Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle H. Anista 15.1 Tipo de vivienda: 735 15.2 Nombre de la vivienda: Tepicquigüapan 15.3 Núm. Exterior: [Empty] 15.4 Núm. Interior: [Empty] 15.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí S.L.P. 15.6 Nombre del asentamiento humano: [Empty] 15.7 Código Postal: [Empty] 15.8 Localidad: [Empty] 15.9 Municipio o delegación: [Empty] 15.10 Entidad federativa: [Empty]			16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 02/07/2018 04:47 Día Mes Año Horas Minutos
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) Choque Hipovolémico Debido a (o como consecuencia de) [Empty] b) Gasto sanguíneo incesante Debido a (o como consecuencia de) [Empty] c) [Empty] Debido a (o como consecuencia de) [Empty] d) [Empty] Debido a (o como consecuencia de) [Empty] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo [Empty]			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Empty] Código CIE [Empty]
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? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Empty]
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: [Empty] 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <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"/> Se ignora <input type="radio"/>			22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) [Empty]
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Empty]			22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Empty]
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda: [Empty] 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Empty] 22.7.3 Núm. Exterior: [Empty] 22.7.4 Núm. Interior: [Empty] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Empty] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Empty] 22.7.7 Código Postal: [Empty] 22.7.8 Localidad: [Empty] 22.7.9 Municipio o delegación: [Empty] 22.7.10 Entidad federativa: [Empty]			
23. NOMBRE Blanca Jazmin Romero Monsivais Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: [Empty]			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 803169 Número de la cédula profesional
27. NOMBRE Alejandro Perez Lameza Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			28. FIRMA [Firma]
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Calle H. Anista 29.2 Nombre de la vivienda: 735 29.3 Núm. Exterior: [Empty] 29.4 Núm. Interior: [Empty] 29.5 Tipo de asentamiento humano: Tepicquigüapan 29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí S.L.P. 29.7 Código Postal: [Empty] 29.8 Localidad: [Empty] 29.9 Municipio o delegación: [Empty] 29.10 Entidad federativa: [Empty] 29.11 Teléfono: [Empty]			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 02/07/2018 Día Mes Año
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Empty] Libro Núm. [Empty] 31.1 Acta Núm. [Empty]			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: [Empty] 32.2 Municipio o delegación: [Empty] 32.3 Entidad federativa: [Empty] 32.4 Día: [Empty] Mes: [Empty] Año: [Empty]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD