

San Luis Potosí SLP.

05 de julio 2018

A QUIEN CORRESPONDA:

PACIENTE: REGINA MARTINEZ ROMERO EDAD: 8 MESES

Paciente femenino de 8 meses de edad, producto por parto eutóxico 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 cardíaca 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 las 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**

Modelo 2017.1  
FOLIO

180644236

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Luzina Martínez Romero					
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO		13 10 2017					
Día Mes Año		3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?					
Se ignora <input type="radio"/> 99		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique				
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> 1 Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> 1 Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> 1 Días	Para menores de un año <input type="radio"/> 1 Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> 1 Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/> 9
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento.		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):			
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
10.3 Núm. Exterior		Colonia		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.7 Código Postal		163		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		738		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
15.3 Núm. Exterior		Colonia		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal		163		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		02 10 17 2018 14 47		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Dia Mes Año		Horas Minutos		Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica					
b)		Debido a (o como consecuencia de)					
c)		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 morbososo que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2		Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio					
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad			
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano			
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		Blanca Beatriz Romero Mansur		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Madre	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro* <input type="radio"/> 8		Número de la cédula profesional 803169	
*Especifique							
27. NOMBRE		Alejandro Geraz Romero		28. FIRMA			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Calle 11 Anasta		29.8 Localidad			
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
29.5 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.11 Teléfono		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
Num. _____ Libro Núm. _____		32.1 Localidad		30.1 Día 03		30.2 Mes 10	
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o delegación		30.3 Año 2018		30.4 Día 03	
		32.3 Entidad federativa		30.5 Mes 10		30.6 Año 2018	
		32.4 Dia		30.7 Mes		30.8 Año	
		32.5 Mes		30.9 Año			
		32.6 Año					