



Nombre: Ha Katia Michel Hernández Salazar		Masculino Femenino X	Edad: 1 mes
Domicilio Canarios #115 int #5ª Quintas de la Hacienda		Municipio y Estado: SGS SLP	
Unidad de Adscripción: HCIMP	Fecha de ingreso: 08.04.16	Fecha de egreso: 19.04.16	
Motivo de egreso: Defunción		Registro Hospitalario: 952295	

### RESUMEN CLÍNICO:

Paciente femenino de 1 mes de edad que ingresa a pediatría lactantes con diagnóstico de retraso en el crecimiento intrauterino, al nacimiento recibe 2 ciclos de VPP por depresión neonatal, con recuperación.

Se toman laboratorios y se hace diagnóstico de Sepsis neonatal tratado con ampicilina y cefotaxima, además se sospecha de infección congénita por citomegalovirus, se solicita perfil TORCH que resulta reactivo para citomegalovirus, por lo que se realiza PCR en orina siendo estas positiva, confirmando el diagnóstico, se inicia manejo con ganciclovir, esquema para 6 semanas, la cual desarrollo trombocitopenia secundaria al uso del mismo medicamento, se identifica hepatitis neonatal secundaria a la infección del mismo virus, se egresa con tratamiento domiciliario en regulares condiciones, reingresa el día 11.04.16 por dificultad respiratoria, se hace el diagnóstico de bronquiolitis por lo que se ingresa a este servicio, durante su estancia con mala evolución se agrega neumonía intrahospitalaria se inicia tratamiento con cefepime y metronidazol (por probable translocación bacteriana) con deterioro posterior. El día 18.04.16 por la noche comienza con hipoglucemias hipotermia, y desaturaciones, con gran dificultad respiratoria se cambia dispositivo de ventilación con mascarilla reservorio, se administra bolo de sol glucosada 10% por hipoglucemia, el día 19.04.16 agravándose con sangrado por vía nasal y bucal, por lo que se administra adrenalina intranasal cediendo, posteriormente con pérdida de pulsos periféricos, se corrobora bradicardia por lo que se inician maniobras de RCP masaje cardiaco y ventilación a presión positiva por mascarilla reservorio se administra bolo intravenoso de adrenalina, posterior a 15 minutos de maniobras sin pulso se declara hora de defunción 08:14 hrs el día 19.04.16. Con los siguientes diagnósticos

- 1.-Shok séptico
  - Neumonía intrahospitalaria
  - Bronquiolitis
  - Desnutrición severa
- 2.- Infección congénita por citomegalovirus

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:	PROCEDIMIENTOS:
RNPT 26.6 SDG	Manejo médico y de enfermería
Retraso en el crecimiento intrauterino	Medicamentos y líquidos intravenosos
Sepsis neonatal remitida	Estudios de imagen y laboratorio
Displasia broncopulmonar	O2 suplementario
Infección congénita por citomegalovirus	
Anemia del prematuro	
Hepatitis neonatal	
Neumonía intrahospitalaria	
Bronquiolitis	

Dr. Silvano Medrano

JEFE DE LA DIVISIÓN  
(Nombre y firma)

DR. JOSÉ RENÉ  
ANDRADE GARCÍA  
CED. PROF. 1778663  
MATRICULA. 3093

Dr. Rene Andrade

MÉDICO TRATANTE  
(Nombre y firma)

DR. EDUARDO ROBERTO  
CABALLERO LUGO  
CEDULA 8125527  
PEDIATRÍA

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

## DE LA DEFUNCIÓN

**MUERTES ACCIDENTALES  
Y VIOLENTAS**

CL REG.  
CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Hija de Katia Michel Hernandez Salazar <div>Nombre(s)Apellido paternoApellido materno</div>					
2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO 2.100 Kilogramos Gramos		7. TALLA Centímetros Metros	
8. FECHA DE NACIMIENTO 23 02 2016 <div>DíaMesAño</div>					
9. EDAD CUMPLIDA 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					
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 019079211		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Circuito Camarero # 115 int SA Tracc. stas de la Hacienda. Soledad de Graciano Sanchez <div>11.1 Calle y número11.2 Colonia11.3 Localidad11.4 Municipio o delegación11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</div>					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" 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"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>			13. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna <div>13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>		
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"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			14.1 Número de seguridad social o afiliación		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hospital Central Ignacio Morones Prieto <div>15.1 Nombre de la unidad médica</div>			Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Av. Venustiano Carranza # 2395 Zona Universitaria San Luis Potosí <div>16.1 Calle y número16.2 Colonia16.3 Localidad16.4 Municipio o delegación16.5 Entidad federativa</div>					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 19 04 2016 08:14 <div>DíaMesAñoHorasMinutos</div>			18. ¿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"/>		19. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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 séptico Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía intrahospitalaria Debido a (o como consecuencia de) c) Bronquitis Debido a (o como consecuencia de) d) Desnutrición severa CAUSAS ANTEREDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Infección congénita por cito megalovirus.					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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"/>			22.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 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"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <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 <div>23.7.1 Calle y número23.7.2 Colonia23.7.3 Localidad23.7.4 Municipio o delegación23.7.5 Entidad federativa</div>					
24. NOMBRE Antonio Salinas Moreno <div>Nombre(s)Apellido paternoApellido materno</div>			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 8125527 <div>Número de la cédula profesional</div>		
28. NOMBRE Eduardo Roberto Caballero Lugo <div>Nombre(s)Apellido paternoApellido materno</div>			29. TELÉFONO		
30. DOMICILIO Av. Venustiano Carranza #2395 Zona Universitaria. San Luis Potosí			31. FIRMA [Firma]		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 19 04 2016 <div>DíaMesAño</div>					
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad San Luis Potosí		



160621362