



PROSPEREMOS JUNTOS  
Gobierno del Estado 2015-2021



HOSPITAL CENTRAL  
“DR. IGNACIO  
MORONES PRIETO”

HOJA DE EGRESO  
TRANSFERENCIA Y  
CONTRAREFERENCIA

Fecha:  
19.04.16

Nombre: Ha Katia Michel Hernández Salazar		Masculino      Femenino X	Edad: 1 mes
Domicilio Canarios #115 int #5 <sup>a</sup> Quintas de la Hacienda		Municipio y Estado: SGS SLP	
Unidad de Adscripción: HCIMP		Fecha de ingreso: 08.04.16	
Motivo de egreso: Defunción		Fecha de egreso: 19.04.16	
		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 RENE  
ANDRADE GARCIA  
CED. PROF. 1778663  
MATRICULA 3093

Dr. Rene Andrade

DR. EDUARDO ROBERTO  
CABALLERO LUGO  
CEDULA 8125527  
PEDIATRÍA

MÉDICO TRATANTE  
(Nombre y firma)



# SECRETARIA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

160621362

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Hija de Katia Michel Hernandez Salazar Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno													
		2. CURP		Se ignora <input checked="" type="checkbox"/> 99		3. SEXO		4. NACIONALIDAD							
		Hombre <input type="checkbox"/> 01 Mujer <input checked="" type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09		Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 01 Otra <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09											
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO									
Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09		2.100 Kilogramos Gramos		Metros Centímetros		23 02 2016 Día Mes Año									
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					
10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)													
En unión libre <input type="checkbox"/> 04 Separado(a) <input type="checkbox"/> 06 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 03 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 02 Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> 04 Casado(a) <input type="checkbox"/> 05 Se ignora <input type="checkbox"/> 09		Circuito Carrizos # 115 int 5A Fracc. Estas de la Hacienda.													
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad		Soledad de Coraciano Sanchez San Luis Potosí									
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)													
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL													
Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 01 Primaria incompleta <input type="checkbox"/> 02 Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> 011 Profesional <input type="checkbox"/> 07 Se ignora <input type="checkbox"/> 099		N Mjuna													
Preescolar <input type="checkbox"/> 012 Primaria completa <input type="checkbox"/> 03 Secundaria completa <input type="checkbox"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> 06 Posgrado <input type="checkbox"/> 10		13.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 099													
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación													
Ninguna <input type="checkbox"/> 01 ISSSTE <input type="checkbox"/> 03 SEDENA <input type="checkbox"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> 07 Otra <input type="checkbox"/> 08 IMSS <input type="checkbox"/> 02 PEMEX <input type="checkbox"/> 04 SEMAR <input type="checkbox"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 099															
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica													
Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 01 IMSS <input type="checkbox"/> 03 PEMEX <input type="checkbox"/> 05 SEMAR <input type="checkbox"/> 07 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 09 Hospital Central Ignacio Morelos Prieto		Vía pública <input type="checkbox"/> 010 Otro lugar <input type="checkbox"/> 012													
IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> 02 ISSSTE <input type="checkbox"/> 04 SEDENA <input type="checkbox"/> 06 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 08		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)													
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad													
Av. Venustiano Carranza # 2395 Zona Universitaria San Luis Potosí		San Luis Potosí													
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.4 Municipio o delegación											
16.5 Entidad federativa															
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?										19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
19 04 2016 Día Mes Año		Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 099										Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)												Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente												Código CIE			
a) Choque septico Debido a (o como consecuencia de)															
b) Neumonía Intra hospitalaria Debido a (o como consecuencia de)															
c) Bronquiolitis Debido a (o como consecuencia de)															
d) Desnutrición severa Debido a (o como consecuencia de)															
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 megalomavirus.													
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		Usos exclusivos del personal de salud							
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="checkbox"/> 01 El parto <input type="checkbox"/> 02 El puerperio <input type="checkbox"/> 03		Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02		Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02		Código CIE							
El embarazo <input type="checkbox"/> 01 El parto <input type="checkbox"/> 02 El puerperio <input type="checkbox"/> 03		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 05		Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02		Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02									
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 04															
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión										23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?			
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 01 Homicidio <input type="checkbox"/> 02 Suicidio <input type="checkbox"/> 03 Se ignora <input type="checkbox"/> 09		Vivienda particular <input type="checkbox"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 02										Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 07 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> 05 Se ignora <input type="checkbox"/> 09			
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Área deportiva <input type="checkbox"/> 03										Otro <input type="checkbox"/> 08			
Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09															
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															
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad											
23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa													
24. NOMBRE		Antonio Salinas Moreno.		Apellido paterno		Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)							
Nombre(s)								Padre.							
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO													
Médico tratante <input type="checkbox"/> 01 Médico legista <input type="checkbox"/> 02 Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> 03		Número de la cédula profesional													
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 04		Autoridad civil <input type="checkbox"/> 05		Otro <input type="checkbox"/> 08		8125527.									
28. NOMBRE		29. TELÉFONO													
Eduardo Roberto Caballero Uyo.															
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno											
30. DIRECCIÓN Av. Venustiano Carranza # 2395 Zona Universitaria. San Luis Potosí.		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN											
				19 04 2016											
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO													
Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02		34.1 Localidad													
Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02		San Luis Potosí													

160621362

AL REG. CIVIL