



GOBIERNO DE  
MÉXICO



2020  
LEONA VICARIO  
GOBIERNO DE SAN LUIS POTOSÍ

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 6  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

Ciudad Valles, San Luis Potosí, a 24 de Junio del 2020.

## RESUMEN CLINICO

NOMBRE DEL PACIENTE: FRANCISCO HERNANDEZ IBARRA

NSS: 4106-58-0126 1M1958OR

FECHA DE INGRESO: 18/06/20

FECHA DE EGRESO: 22/06/20

DIAGNOSTICO DE INGRESO: (R50.9) – Fiebre, no especificada  
(U07.2) – Sospechosa de coronavirus SARS-COV-2

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: (U 07.1) - COVID 19

Se trato de un masculino de 61 años, con los siguientes antecedentes de importancia.

- **Antecedentes sociodemográficos:** Originario y residente habitual del municipio de Tamasopo, San Luis Potosí. Estado civil: soltero, se ignora escolaridad, de ocupación guardia de seguridad.
- **A.P.N.P:** Habitó en casa propia, que cuenta con todos los servicios básicos, hábitos alimenticios mala en calidad y cantidad. Aseo personal y bucal diario y con dos veces al día limpieza oral. Tabaquismo (-) exposición a la biomásas (+). Alcoholismo: (-). Esquema de inmunización se ignora.
- **APP:** Con antecedentes de enfermedades no transmisibles crónicas como es HAS, DM2 de 10 años de evolución respectivamente. Dislipidemia de larga evolución, antecedente de infección de tejidos blandos que ameritó drenaje y aseo quirúrgico (11/05/2020) por Cirugía en este Hospital donde se mantuvo en observación por 15 días y referido al Hospital de Subzona en el Naranjo para continuar manejo.
- **Antecedentes epidemiológicos:** Fecha de exposición probable: 23 al 25 de Mayo del 2020. Sitio de exposición probable: durante Hospitalización del 11/05/20 al 26/05/20. Mecanismo de transmisión probable: contacto y de gotitas respiratorias. Contactos: conto con un contacto intradomiciliario, que en los últimos 14 días se refiere asintomático y tres contactos extradomiciliarios que durante siete días se reportaron asintomáticos.

### Evolución clínica:

**03/06/2020:** Acudio al servicio de urgencias del HGZ No 6, referido por HGSZ 4 a las 12:01 horas. Por presentar cuadro febril sin otra sintomatología acompañante, descartando tenga origen en la Infección de Hda. Qx. Por aspecto clínico, se menciona en Interpretación de tele de torax infiltrado parahiliar derecho. Clínicamente se encuentra alerta, sin déficit neurológico, CsPs con buena entrada y salida de aire, RsCs rítmicos sin soplos, abdomen sin patología, hda. Qx. Con puntos de afrontamiento (3), se observan algunas zonas de fibrina sin presentar secreción o aroma fétido.



LAB: anemia normo grado II sin requerimiento transfusional, leucopenia 3.1, linfopenia 890, polimorfonucleares 2.1, plaquetas 154mil, función renal conservada, glucosa central 264, HbA1c 10%, hipoalbuminemia 2.9, Tele de Torax con aumento en la trama bronquial parahiliar derecha sin infiltrados. Se solicita cultivo de hda. Qx. Antibioticoterapia y vigilancia respiratoria.

**04/06/20:** Cursa con su 1er día de estancia intrahospitalaria en área covid. Niega fiebre, malestar general o dificultad respiratoria, mantiene saturación >94% aire ambiente, gasometría alcalosis respiratoria pH 7.44, pCO2 33, IK 319, a la auscultación sin estertores o sibilancias, los ruidos cardiacos sin alteraciones, herida sin datos de infección. Aunque se mantiene en niveles normales incrementa DHL en relación a un día anterior, Dímero D1.5mg. De confirmarse proceso neumónico puede ser asociado a cuidados de la salud por el antec. de hospitalización.

**06/06/20:** En su 6to día de estancia hospitalaria en área covid. Se encuentra despierto, reactivo, bien hidratado, torax sin distres respiratorio, precordio rítmico, la Hda. Qx. Limpia. Rx se observa una opacidad basal izquierda e incremento de la trama vascular. Condición grave.

**08/06/20:** En el 8vo día de estancia hospitalaria. Continua grave, se encuentra despierto, torax sin distres respiratorio, precordio rítmico, sin utilización de O2 suplementario, abdomen sin patología, extremidades sin edema. Rx con una opacidad basal izquierda e incrementode la trama vascular, se sol. Nueva valoración por Cirugía Gral.

**10/06/20:** Es el 10mo día de su ingreso a este hospital. Es reportado grave , se reporta por Epidemiología SARS-CoV-2 POSITIVO, por lo que se cambia de sala. se encuentra tranquilo, afebril, con uso de O2 intermitente, deambula con ayuda, cardiopulmonar sin compromiso, micciones y evacuaciones normales. Se reporta delicado.

**14/06/20:** Cursa el 14vo día de estancia. Paciente con empeoramiento de sus condiciones generales, hipoxemia, inflamación, con adecuado control glucémico, por lo que se modifica dosis de insulina y se decide reinicio de metilprednisolona con estricto monitoreo glucémico, ya culminó esquema con azitromicina. Alto riesgo de complicación e incluso riesgo de requerir manejo avanzado de la vía aérea.

**17/06/20:** En su 17 día hospitalizado. Paciente en regulares condiciones generales, taquipneico, dependiente de O2 suplementario, con Sat. 88%, refiere disnea a los pequeños esfuerzos, mejora con la pronación, neurológicamente integro, tolera la vía oral, CsPs con hipoventilación basal, RsCs taquicardico, no soplos. Potencialmente complicable y de requerir manejo avanzado de vía aérea.

**19/06/20:** Es el día 19 de estancia hospitalaria. Paciente taquipneico, con datos francos de distres respiratorio, Sat 50%, a pesar de O2 de alto flujo, además de crisis hipertensiva llegando a 210/100, motivo por el se inicia vasodilatador intravenoso, se explica a pac. Manejo avanzado de la vía aérea el cual no acepta. Se decide trombolizar por pble. Tromboembolismo pulmonar.

**21/06/20:** Durante 24hrs previas ha presentado tendencia a aumentar dificultad respiratoria. Por tendencia a desaturación existe aún riesgo de que requiera intubación la cual ha sido rechazada por paciente, se insiste al respecto pero paciente se muestra firme en decisión de no intubación.







**22/06/20:** Paciente somnoliento, taquicárdico, taquipnéico, Sat 55% con O2 de alto flujo, posterior presenta bradicardia, se corrobora pulso el cual es ausente, se inicia RCP avanzado sin retorno de la circulación espontánea. Se declara hora de la defunción a las 12:00hrs. elaborandose el certificado de defunción con el número de folio 200635121 con las siguientes causas de defunción:

- **Parte I**

a) Covid 19	Intervalo de 14 día	Código CIE-10: U07.1
-------------	---------------------	----------------------

- **Parte II**

Diabetes mellitus	Intervalo de 10 años	Código CIE-10: E14.9
-------------------	----------------------	----------------------

Hipertensión esencial	Intervalo de 10 años	Código CIE-10: I10.X
-----------------------	----------------------	----------------------

Por lo tanto, al termino de esta investigación y con la información de salud disponible, se estipulo que la causa de básica de defunción que ocasiona la muerte de Fransciso fue a causa de neumonía viral por **COVID 19 con el código CIE: U07.1**. Los factores atribuibles a la mortalidad fue la HAS, la DM2. Ante este contexto, se realiza la **ratificación** de la causa de muerte del certificado de defunción según el anexo 8 con los siguientes criterios de los diagnóstico:

- **Parte I**

a. Síndrome de distres respiratorio severo	Intervalo de 03 días	Código CIE-10: J80.X
--	----------------------	----------------------

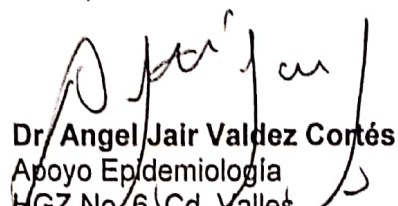
b. Neumonía viral, COVID 19	Intervalo de 20 días	Código CIE-10: U07.1
-----------------------------	----------------------	----------------------

- **Parte II**

Hipertensión esencial	Intervalo de 10 años	Código CIE-10: I10.X
-----------------------	----------------------	----------------------

Diabetes mellitus tipo 2	Intervalo de 10 años	Código CIE-10: E11.9
--------------------------	----------------------	----------------------

ATTE

  
Dr. Angel Jair Valdez Cortés  
Apoyo Epidemiología  
HGZ No. 6, Cd. Valles  
Matricula: 99257921