



RESUMEN CLINICO

Folio del certificado de defunción: **200638945**

Nombre: **MANUEL SANCHEZ GALICIA**

NSS: **4102 83 3397 1M1983OR**

Edad: **37 años** Sexo: **Masculino**

Fecha de ingreso: **04/09/20** Fecha de egreso: **08/09/20**

Diagnóstico de ingreso: **(S06.6) – Hemorragia subaracnoidea traumática**

Diagnóstico de egreso: **(A97.2) – Dengue severo**

Se trató de un masculino de 37 años originario del estado de San Luis Potosí con residencia habitual en el municipio de **Ciudad Valles**, San Luis Potosí. Estado civil: estuvo separado; escolaridad: educación superior incompleta. Ocupación: agente de ventas. **A.P.N.P:** Hábito en casa propia que conto con todo los servicios básicos de la vivienda. Se desconoce cuáles eran los hábitos alimenticios del paciente, como su aseo personal y bucal. No se tiene información de su estado de inmunización. **A.P.P:** El enfermo no tenía alguna comorbilidad por enfermedad no transmisible crónica. La información proporcionada en el expediente clínico fue a través de un interrogatorio indirecto (familiar directo: madre).

Antecedentes epidemiológicos: Fecha de inicio de signos y síntomas: **1/09/20**. Fecha de inicio de la fiebre: **1/09/20**. Fecha de inicio de signos de dengue grave: **4/09/20** Manejo: **hospitalario** con fecha de ingreso el **05/09/20**. Periodo de incubación probable: del **22 al 27 de agosto del 2020**. Fecha del inicio de la fase febril: **1/09/20**. Fecha de inicio de la fase crítica: **04/09/20**. En los últimos 4 semanas ha salido de su lugar de residencia: Sitio de transmisión (Clasificación): **Autóctono**. Tipo del vector: **mosco**. En los últimos 15 días a tenido contacto sexual con personas enfermas de Zika: No. sin antecedentes de vacunación. Fecha de notificación a la jurisdicción sanitaria: 07/09/20.

1. Evolución clínica

El paciente acudió al servicio de urgencias del HGZ No. 6 el día 04/09/20 por presentar datos clínicos de deterioro neurológico agudo. Previo a su admisión hospitalaria curso con somnolencia, debilidad osteomuscular y desvanecimiento. Al interrogatorio indirecto (familiar quién proporciono la información: madre) refiere el familiar que en los últimos cuadro días curso con síntomas de **fiebre, cefalea, mialgias, artralgias, náuseas y vómito en repetidas ocasiones**. Fue valorado por facultativo del sector privado donde le indico manejo sintomático por vía sistémica y reposo en casa. Sin embargo, 24 horas antes de acudir al nosocomio tuvo una caída de su propia altura al tropezar con su perro y tuvo perdida del conocimiento (se desconoce cuánto tiempo tuvo perdida). Durante la admisión hospitalaria, con los siguientes signos vitales T/A: 154/98 mmHg, FC: 58 x min, FR: 20 x min, temperatura: 36°C somnoliento, no datos de focalización, pupilas isocóricas, normorreflexicas, mucosa oral hidratadas, sin compromiso cardiopulmonar, el resto abdomen no doloroso y extremidades integra, integración del diagnóstico de **somnolencia, probable hemorragia subaracnoidea traumática**. El manejo fue con base a líquidos parenterales isotónicos, fármacos de tipo inhibidores de bomba de protones, un antagonista de receptores de serotonina 5-HT 3, estudios complementarios de diagnóstico. A las **21:45 horas** ingresa al servicio de medicina interna. Laboratorios de ingreso 04/09/20: Hb de 13.1g/dl. Hto%:41; plaquetas de 22 mles/l, leucocitos: 3.3 miles/ul, linfocitos# 0.83 miles/l. INR 1.12 TPT 35.5; glucosa de 221.3 urea de 40.8 mg/dl, BT: 0.60 mg/dl, BD 0.28 mg/dl. ALT 53 U/L, AST 70 U/L DHL de 840 U/L.





2do día de estancia hospitalaria (05/09/20): Continuaba en estado crítico amerito manejo avanzado de la vía aérea con soporte ventilatorio mecánico para protección neurológica y respiratoria. Aun así tuvo datos de inestabilidad hemodinámica (hipotensión arterial de 70/40 mmHg) persistencia de la fiebre (39°C). Se refiere en la nota médica que 24 horas a su ingreso tuvo una caída propia de su altura al tropezarse con su perro, posterior a ello perdida del estado de conocimiento. A la exploración física bajo sedación las pupilas anisocóricas a expensas de midriasis izquierda. Se le realizó TAC de cráneo evidenciando hemorragia subaracnoidea bifrontal y edema cerebral de predominio derecho, con aplastamiento de asa anterior de ventrículo lateral. Se notificó a su familiar del estado grave y el alto riesgo de complicaciones incluso fatales.

3er., día de estancia hospitalaria (06/09/20): Con impresión diagnóstica de hemorragia subaracnoidea y parenquimatosa postraumática, pb diabetes insípida y dengue grave. En condición grave y con soporte ventilatorio mecánico. Persistía la inestabilidad hemodinámica a despena de hipotensión y taquicardia de 120 x min. Se le indico diurético osmótico con uresis de 235 UKM a 2.7 ml. Con Rx de torax sin evidencia de infiltrados. Comenta el médico que continua con trombocitopenia, leucopenia, que sufrió una hemorragia a nivel de SNC post-traumática, que considero causa más probable sea secundari a dengue grave + TCE, complicado de diabete insípida. Se le indico transfusión plaquetaria y manejo en UCI. Laboratorio del 05/09/20: Hb de 10.1 g/dl. HTO: 31.1 %, plaquetas:237 miles/l, leucocitos: 4 miles/l, linfocito de 39.7%, INR de 1.29. PCR de 3.49 mg/L. a las 22:13 horas con datos de edema cerebral, cursando con poliuria e hiperglicemias considerando diabetes insípida por lo que se inició con desmopresina. Presenta datos de hipokalemia severa con alto riesgo de arritmia ventricular. Se le solicito valoración por neurocirugía y ICU.

4to., día estancia hospitalaria (07/10/20): continuó en malas condiciones generales. La exploración física con signos de edema cerebral difuso, midriático, si reflejo de tos y signos clínicos de ausencia de actividad encefálica. Se encontró datos de diabetes insípida, sin mejoría clínica a pesar de las medidas de neuro-protección. A las 14:06 horas con datos clínicos de muerte encefálica por lo que se le solicito EEG. Paciente grave. Laboratorios del 07/09/20: con Hb de 12.6 g/dl, HTO% 41.4%, plaquetas de 67 miles, leucitos de 12.9 miles/l, linfocitos de 23.1%, INR de 1.10 glucosa de 143.1 mg/dl. Urea de 46.9 mg/dl, creatinina de 2.5 mg/dl. TGP de 48 U/L, TGO 116 U/L, Na de 184 mmol/l DHL de 1187 U/L.

5to., día de estancia hospitalaria (08/10/20): Continúa con soporte ventilatorio mecánico e inestabilidad hemodinámica, ya con sospecha de muerte cerebral. Con resultados del test serológico del 6 de septiembre del 2020 de laboratorio privado, con resultado de Ag dengue virus NS1 negativo, Ac anti-dengue IgG positivo y Ac. Ant-dengue IgM positivo. El EEG con datos de muerte cerebral y a las 20:20 horas presento paro cardiopulmonar que no amerito realizar maniobras de resucitación cardiopulmonar, con signos de muerte, por lo que el médico de turno declaro su deceso a la C. Manuel a las 20:20 horas el día 08/09/20. Se realizó el llenado del certificado de defunción con el número de folio: 200638945 con las siguientes causas de defunción:

- Parte I

a) Edema cerebral traumática	intervalo de 5 días	Código CIE-10: S06.1
b) Hemorragia intraencefálica de localización	intervalo de 5 días	Código CIE-10: S06.8
c) Trombocitopenia secundaria	intervalo 10 días	Código CIE-10: D69.5
d) Dengue severo	intervalo 10 días	Código CIE-10: A92.8

- Parte II

o Diabetes Insípida	intervalo de 5 días	Código CIE-10: E23.2
o Trastornos mixtos del balance ácido-básico	intervalo de 5 días	Código CIE-10: E87.4





22/09/20: cuenta con documento oficial del informe de prueba serológica para arbovirus por el LESP de los SSSLP con fecha de informe: 22/09/2020 a las 11:09 horas, folio de muestra: 037302 con resultado: ZIKA: NEGATIVO; CHIKUNGUYA: NEGATIVO; **DENGUE: POSITIVO SEROTIPO NEGATIVO** bajo la técnica de RT-PCR en tiempo real.

Fecha de notificación por parte del personal jurisdiccional V de los SSLP vía oficial el 12/10/2020.

2. Resultado de la investigación operativa.

Por lo tanto, al término de esta investigación y con la información disponible se determinó que la causa básica de defunción del C. Manuel estuvo asociada a las complicaciones hematológicas (trombocitopenia) y a la fuga capilar que ocasiona el **virus del dengue**. Se ha documentado que durante la fase crítica de la historia natural de dengue la trombocitopenia grave ocasiona hemorragia intracraneal difusa.¹⁻³

Por ello, se realiza la **ratificación de la causa de la defunción** del certificado de defunción número **200638945** en el formato del anexo 8 (Formato de ratificación o rectificación de defunción por padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica) con las siguientes correcciones al apartado 19 del certificado de la defunción como resultado de la investigación epidemiológica:

Parte I

- | | |
|---|---------------------------------------|
| a) Hemorragia intracraneal (no traumática), no especificada | intervalo 5 días Código CIE-10: I62.9 |
| b) Fiebre del dengue hemorrágico | intervalo 8 días Código CIE-10: A91.X |

Parte II

Ninguno

A T T E

Dr. Ricardo R. García Lara
MNF – Salud Comunitaria
HGZ No. 6, Cd. Valles.
Matricula: 99259283

(Elaboración, validación del análisis de la información y dictamen de la investigación epidemiológica)

Fuente:

1. I GH, Ning ZJ, Liu YM, Li XH. Neurological Manifestations of Dengue Infection. Front Cell Infect Microbiol. 2017. 25;7: 449.
2. Jayasinghe, N.S., Thalagala, E., Wattegama, M. *et al.* Dengue fever with diffuse cerebral hemorrhages, subdural hematoma and cranial diabetes insipidus. *BMC Res Notes* 9, 265 (2016).
3. Jensenius M, Berild D, Ormaasen V, Maehlen J, Lindegren G, Falk KI. Fatal subarachnoidal haemorrhage in a Norwegian traveller with dengue virus infection. *Scand J Infect Dis.* 2007;39(3):272-4.

