

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

JURISDICCION SANITARIA VI, TAMAZUNCHALE S.L.P

Tamazunchale, S.L.P. a 23 de Noviembre del 2021.

**RESUMEN CLINICO.**

NOMBRE DEL FALLECIDO: FRANCISCO ANDRES MANUEL NAVARRO

FECHA DE NACIMIENTO: 23 DE JULIO DE 1993

LUGAR DE NACIMIENTO: Chimalaco, Axtla de terrazas, San Luis Potosi.

DOMICILIO: Calle Josefa Arguelles Garcia # 90, localidad Chimalaco, C.P. 79930,  
Axtla de Terrazas, San Luis Potosi.

CURP: MANF930723HSPNIRCO

ESTADO CIVIL: Separado

OCCUPACION HABITUAL: Comerciante

ESCOLARIDAD: Secundaria completa.

DERECHOHABIENTE: Ninguno

HECHOS:

Masculino de 28 años de edad, el cual originario de la localidad de Chimalaco, municipio de Axtla de Terrazas, el cual inicia su padecimiento aproximadamente en el mes de enero del presente año, con accesos de tos húmeda no disneizantes, persistentes, pérdida de peso notoria

En el mes de mayo con incremento de accesos de tos, anorexia, dificultad para ingesta de alimentos sólidos, fiebres nocturnas, por lo cual acude a la unidad médica móvil la purísima, de la jurisdicción sanitaria VI, donde se toma muestra unida de basiloscopia, la cual con resultado positivo.

El mismo dia de la toma de la muestra migra a ciudad Valles con la madre para su cuidado por el estado general de paciente. Se realiza reporte a nivel jurisdiccional de la migración del paciente a buena vista II, municipio de ciudad valles, perteneciente a la zona IX de IMSS ciudad valles, de donde inicia tratamiento fase intensiva y control correspondiente el día 20 de mayo

El dia 4 de agosto del presente año presenta abandono por propia voluntad del tratamiento, y migra nuevamente a la localidad de chimalaco.

El dia 12 de agosto del presente año, la responsable de la Unida de medicina Rural la lima de zona IX de ciudad valles Ana LuceroGuerin, con la enfermera auxiliar, laura Correa realiza visita domiciliaria con levantamiento de acta de notificación Alta voluntaria de su unidad de atención.

Ante la notificación de regreso del paciente a localidad de chimalaco, se reliza visitas domiciliarias por parte de la Unidad médica móvil la purísima, con negativas en la atención y/o orientación hacia el paciente, así como se realizan visitas domiciliarias por parte de los responsables de Tuberculosis jurisdiccional, con la misma negativa a continuar el tratamiento y la atención médica, sin embargo solo se acepta la toma de muestra BARR de control, la misma que persistía positiva.

El paciente a partir del mes de junio presente persistencia de pérdida de peso, limitación a la ingesta de dietas líquidas o semisólidas ofrecidas por los familiares.

El día 12 de noviembre del presente año a las 13:07 hrs presenta fallecimiento del paciente en su domicilio, se levanta el acta por el juez auxiliar Ernesto Gonzalez martinez

CONCLUSION:

PARTE I

- a) Desnutricion calórico proteica
- b) Tuberculosis pulmonar

## PARTE II

ATENTAMENTE:

Dra Ramirez Nieto Berenice  
Cved prof 8514590





IMSS BIENESTAR  
UMR LA LIMA  
ZONA IX CD VALLES

NOTIFICACION DE ALTA VOLUNTARIA DE LA UMR LA LIMA DEL PACIENTE ANDRES MANUEL  
MANUEL NAVARRO.

A QUIEN CORRESPONDA

POR ESTE MEDIO HAGO DE SU CONOCIMIENTO QUE EL DIA JUEVES 12 DE AGOSTO A LAS 17:30 HRS ACUDE A MI DOMICILIO UBICADO EN BUENA VISTA II MUNICIPIO DE CD VALLES S.LP, PERSONAL DE LA UNIDAD MEDICA DE LA LIMA , CORRESPONDIENTE A LA ZONA IX CD VALLES S.LP, CON EL OBJETIVO DE DAR SEGUIMIENTO AL CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR, DEL SR. FRANCISCO ANDRES MANUEL NAVARRO DE 27 AÑOS DE EDAD,EL CUAL SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO ACORTADO EN FASE DE SOSTEN. ESTO SIGNIFICA QUE EL ABANDONO O FALTA DE SEGUIMIENTO HASTA SU CURACION, REPRESENTE UN FRACASO EN EL TRATAMIENTO Y AL SER UNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA, CONTRIBUIR A LA DISEMINACION DE LA ENFERMEDAD Y QUE DE NO CONCLUIR SU TRATAMIENTO EN EL TIEMPO ESTABLECIDO, LA ENFERMEDAD PUEDE PROGRESAR Y EVOLUCIONAR. ASI TAMBIE EN SE INFORMA QUE ES DE SUMA IMPORTANCIA ACUDIR A LA INSTITUCION MAS CERCANA, PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO.

OBSERVACIONES.

EL MOTIVO POR EL CUAL A PARTIR DEL DIA 09 DE AGOSTO YA NO ASE LE ADMINISTRO SU DOSIS, FUE PORQUE LA VOLUNTARIA DE SALUD: MARIA ANTONIA MARTINEZ PEREZ, ENCARGADA DE LA SUPERVISION DEL TRATAMIENTO, YA NO LO ENCONTRO EN SU DOMICILIO, PORQUE SALIO A CD VALLES ,SIN EMBARGO YA NO REGRESA A SU CASA Y SU MAMA EMPIEZA A INVESTIGAR EN DONDE ESTA, Y LE INFORMAN QUE ESTA EN CASA DE LA ABUELA EN CHIMALACO AXTLA DE TERRAZAS, POR LO QUE EL DIA MIERCOLES, SE VA A BUSCARLO Y YA NO LO ENCONTRO, QUE SEGUN INFORMES DE SU FAMILIA, ANDABA TRABAJANDO, POR LO QUE DEJA CON SU HIJA EL ENCARGO DE DARLE LA DOSIS CORRESPONDIENTE AL MIERCOLES. REFIERE TIENE POCAS SEÑALES POR LO QUE NO HA PODIDO COMUNICARSE.

POR LO TANTO LA UMR LA LIMA, REPORTA ESTA SITUACION:QUE EMIGRO A CHIMALACO AXTLA DE TERRAZAS, PARA SU UBICACION Y SEGUIMIENTO.  
SIN MAS ASUNTO QUE TRATAR, RECIBA UN CORDIAL SALUDO

Veronica Navarro Gonzalez  
NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE

Ana Lucero Gómez  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOTA: SE ANEXA COPIA AL EXPEDIENTE  
Dirección: Oficina, Teléfono

AmR - Maria Antonia Mtz Perez  
PERSONAL QUE NOTIFI  
UMR LA LIMA  
ZONA IX CD. VALLES

TELLO DE LA UNIDAD

Petero Pérez Esteban



SEZ AUXILIAR  
BUENA VISTA II  
CD. VALLES S.L.P.  
Página 1 de 6



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**DGE**  
DIRECCIÓN GENERAL  
DE EPIDEMIOLOGÍA

Menu Principal

**Sistema Integral de  
Vigilancia Epidemiológica de  
TUBERCULOSIS**

slpjur006 Cerrar Sesión

23/11/2021

#### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

No. de afiliación o expediente: Folio de Caso: 271510  
 Nombre: MANUEL NAVARRO FRANCISCO ANDRES Farmacorresistencia Dx: Sensible  
 Edad: 27 Años 9 Meses 21 Días Sexo: Masculino Localización de la Tuberculosis: Pulmonar  
 Tratamiento Inicial: Primario acortado

#### II. DATOS DE LA UNIDAD TRATANTE

Cambiar paciente de Unidad Médica

Nombre de la Unidad: (LA LIMA) Estado: (SAN LUIS POTOSI) Jurisdicción: (CD. VALLES)  
 Clave de la unidad: (SPIMO000481) Municipio: (CIUDAD VALLES) Localidad: (LA LIMA)  
 Delegación: Delegación Institución: (IMSS\_PR)  
 Médico tratante: (MEDICO TRATANTE) Teléfono de la unidad tratante: (0000000000)

CLUES	Nombre de la unidad médica	Fecha dejo seguimiento
SPSSA002456	LA PURÍSIMA	20/06/2021

#### III. TRATAMIENTO

Fecha de diagnóstico: (14 / 05 / 2021) Tipo de paciente: (Nuevo)

Fecha de inicio de tratamiento: (19 / 05 / 2021)

Esquema inicial de tratamiento: (Primario acortado) Especifique: ( )

Fármacos que integran el esquema de tratamiento:

<input checked="" type="checkbox"/> H:Isoniacida	<input type="checkbox"/> Km:Kanamicina	<input type="checkbox"/> Lzd:Linezolid	<input type="checkbox"/> Dlm:Delamanid
<input checked="" type="checkbox"/> R:Rifampicina	<input type="checkbox"/> Cm:Capreomicina	<input type="checkbox"/> Cfz:Clofazimina	<input type="checkbox"/> Otro
<input checked="" type="checkbox"/> Z:Pirazinamida	<input type="checkbox"/> Lfx:LevoFloxacino	<input type="checkbox"/> Imp/cls:Imipenem/Cilastatina	Especifique: <input type="text" value="0"/>
<input checked="" type="checkbox"/> E:Etambutol	<input type="checkbox"/> Mfx:Moxifloxacino	<input type="checkbox"/> Mrp:Meropenem	
<input type="checkbox"/> S:Estreptomicina	<input type="checkbox"/> Pto:Proteonamida	<input type="checkbox"/> Amx/Clv:Amoxicilina/clavulanato	
<input type="checkbox"/> Am:Amikacina	<input type="checkbox"/> Cs:Cicloserina	<input type="checkbox"/> Bdq:Bedaquilina	

Total de dosis programadas: (62) Total de dosis supervisadas: (62) Cumplimiento del tratamiento: (100)

Cuenta con PLACE: (Sí)

Fecha de Revisión por el COEFAR: (dd / mm / aaaa)

Fecha de Revisión por el GANAFAR: (dd / mm / aaaa)

#### Evaluación mensual del Tratamiento

Se realizó Evaluación: (- Seleccione -)

Esquema recibido: (- Seleccione -) Especifique: ( )

Se modifica tratamiento: (- Seleccione -)

## Fármacos del esquema recibidos:

<input type="checkbox"/> H:Isoniacida	<input type="checkbox"/> Km:Kanamicina	<input type="checkbox"/> Lzd:Linezolid	<input type="checkbox"/> Dlm:Delamanid
<input type="checkbox"/> R:Rifampicina	<input type="checkbox"/> Cm:Capreomicina	<input type="checkbox"/> Cfz:Clofazimina	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Z:Pirazinamida	<input type="checkbox"/> Lfx:LevoFloxacino	<input type="checkbox"/> Imp/Cls:Imipenem/Cilastatina	Especifique: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> E:Etambutol	<input type="checkbox"/> Mfx:Moxifloxacino	<input type="checkbox"/> Mrp:Meropenem	
<input type="checkbox"/> S:Estreptomicina	<input type="checkbox"/> Pto:Proteonamida	<input type="checkbox"/> Amx/Clv:Amoxicilina/clavulanato	
<input type="checkbox"/> Am:Amikacina	<input type="checkbox"/> Cs:Cicloserina	<input type="checkbox"/> Bdq:Bedaquilina	

Dosis programadas:  Dosis supervisadas:  Cumplimiento tratamiento:  Presento RAFA:  - Seleccione -Fecha de Evaluación:  dd / mm / aaaa

Evaluación mensual del tratamiento	Se realizó evaluación?	Esquema recibido	Se modificó tratamiento	Fármacos del esquema recibidos	Dosis Programadas	Dosis Supervisadas	Cumplimiento tratamiento	Presento RAFA	Fecha de evaluación
1	Sí	Primario acortado	No	H R Z E	11	11	100.0	No	09/06/2021
2	Sí	Primario acortado	No	H R Z E	26	26	100.0	No	30/06/2021
3	Sí	Primario acortado	No	H R Z E	25	25	100.0	No	03/08/2021

## IV. LABORATORIO

Tipo de Estudio:  - Seleccione - Tipo de muestra:  - Seleccione -Fecha de Toma:  dd / mm / aaaa Fecha de envío:  dd / mm / aaaaFecha de recepción:  dd / mm / aaaa Fecha de resultado:  dd / mm / aaaaCalidad de la Muestra:  - Seleccione - Identificación:  - Seleccione -Resultado:  Nombre del Laboratorio:  - Seleccione - Evolución bacteriológica:  - Seleccione -

#	Tipo estudio	Tipo Muestra	Fecha Toma	Fecha envío	Fecha recepción	Fecha Resultado	Calidad	Identificación	Resultado	Nombre de Laboratorio	Evolución Bacteriológica
1	Baciloscopia	Esputo	19/06/2021	20/06/2021	20/06/2021	02/07/2021	Adecuada		Negativo (-)	HPSPITAL RURAL 44 ZACATIPAN	Desfavorable(después de 2 BK negativas, hay BK positivas o nunca se negativiza)
2	Baciloscopia	Esputo	17/07/2021	23/07/2021	09/08/2021	10/08/2021	Adecuada		Negativo (-)	HPSPITAL RURAL 44 ZACATIPAN	Desfavorable(después de 2 BK negativas, hay BK positivas o nunca se negativiza)

## IV. LABORATORIO: Susceptibilidad antimicrobiana

Fecha de Toma:  dd / mm / aaaa Fecha de envío:  dd / mm / aaaaFecha de recepción:  dd / mm / aaaa Fecha de resultado:  dd / mm / aaaaMétodo:  - Seleccione -

## Resultados Primera Linea

H:Isoniacida <input type="text"/>	R:Rifampicina <input type="text"/>	Z:Pirazinamida <input type="text"/>	E:Etambutol <input type="text"/>	S:Estreptomicina <input type="text"/>
--------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------------------	--

## Resultados Segunda Linea

Am:Amikacina <input type="text"/>	Km:Kanamicina <input type="text"/>	Cm:Capreomicina <input type="text"/>	Lfx:LevoFloxacino <input type="text"/>	Mfx:Moxifloxacino <input type="text"/>
Pto:Proteonamida <input type="text"/>	Cs:Cicloserina <input type="text"/>	Lzd:Linezolid <input type="text"/>	Cfz:Clofazimina <input type="text"/>	INY:Inyectables <input type="text"/>
Fql:Fluoroquinolonas <input type="text"/>	Otro <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/>			

Nombre del Laboratorio: (-Seleccione-