

RESUMEN RATIO RECTIFICACION

NOMBRE: JESUS ANTONIO CANELA ALONSO

NSS: 4188704017 3M2002 OR

FOLIO CERTIFICADO DE DEFUNCION: 190667344

FECHA DE INGRESO: 06/08/2019

Masculino de 17 años, con factores de riesgo para ITS desde hace 9 meses, relaciones sexuales no protegidas. Cuadro de inicio hace dos años con evacuaciones diarreicas intermitentes, sin moco ni sangre, acompañadas de fiebre. En enero 2019 presenta pérdida de peso progresiva. En la última semana de marzo de 2019 la fiebre se hizo constante hasta de 39°C que se acompañó de evacuaciones diarreicas 3 en 24 horas, sin moco ni sangre, dolor a la defecación y ataque al estado general. Se hospitalizó y se encontró con lesiones orales de candida, leucoplaquia pilosa, lesiones en genitales consistentes con condilomas y lesiones perianales consistentes con herpes.

La serología de VIH fue reactiva en dos muestras diferentes (08-04-19 y 09-04-19). Se diagnóstica VIH con prueba confirmatoria de Western-Blot con resultado positivo del 30-04-19. Se encontró además con linfopenia de 850, trombocitosis de 526. Se refirió al HGZ2 a la clínica de VIH donde se inició tratamiento antirretroviral en mayo 2019 con emtricitabina/tenofovir/efavirenz.

El paciente ingresa a urgencias de la unidad HGZ 1 el día 06/08/2019 por la madrugada, por cuadro de 2 mes de evolución con diarrea recurrente, acompañado de náusea y vómito de contenido gástrico, así como dolor abdominal. Refiere que el cuadro se exacerbo 4 días antes de su llegada al servicio de urgencias, añadiéndose piel fría, palidez y lipotimia. A su ingreso caquético con palidez de tegumentos, mal estado de hidratación, precordio rítmico con taquicardia, soplo sistólico, abdomen con dolor en mesogastrio, equimosis en paredes intestinales, rebote difuso y poco depresible a la palpación, peristaltismo aumentado, pulsos débiles, miembros inferiores con sarcopenia y edema en zonas de declive. Ingresó a con diagnóstico de: Choque hipovolémico no hemorrágico y choque séptico, sepsis abdominal a descartar perforación intestinal por colitis linfopénica, desnutrición y síndrome de Wasting. Valorado por cirugía general quienes no concretan intervención quirúrgica. Tratado con soluciones paraenterales, antiinflamatorios no esteroideos, anticolinérgicos, protectores de barrera gástrica y oxígeno suplementario. Notas de urgencia refieren que los familiares no aceptan procedimientos invasivos ni maniobras de reanimación en caso necesario, dejándolo asentado en notas médicas de expediente clínico. El paciente cursó con paro cardiorespiratorio, después de maniobras de reanimación avanzada sin retorno espontáneo de la circulación. El paciente muere el 06/08/2019 a las 19:55 h.

Con diagnóstico de defunción:

Parte I. a) Choque hipovolémico

- b) Perforación de visera hueca
- c) Gastroenteritis infecciosa
- d) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Parte II. a) Desnutrición severa

De acuerdo a la revisión del expediente médico se ratifica la causa básica de Síndrome de inmunodeficiencia humana.

Elaboro:

Dra. Genoveva Hurtado de la Torre

Epidemiología HGZ MF 1