

Resumen clínico defunción por causa sujeta a vigilancia epidemiológica

HGZ/MF No. 1

PACIENTE:	JOSE ESTEBAN CARMEN LUCIO MARTINEZ	NSS:	416548 1364-5 5M1948PE
DOMICILIO:	FRANCISCO DE ASIS CASTRO # 110 UNIDAD HABITACIONAL MANUEL JOSE OTHON; C.P. 78160	EDAD:	70 AÑOS
		SEXO:	Masculino
CAUSA SUJETA A VIG. EPIDEMIOLÓGICA:		CHOQUE DISTRIBUTIVO POR DENGUE	

FOLIO CERT. DEF.:	190668378	FECHA DE DEF.:	01/10/2019	
RATIFICACIÓN	XXXXX	RECTIFICACIÓN		
DICE:		DEBE DECIR:		
Dx. Parte I.	CHOQUE DISTRIBUTIVO POR DENGUE	6 DIAS	Dx. PARTE I.	SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO
	LESION RENAL AGUDA	6 DIAS		LESION RENAL AGUDA
	SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO	1 DÍA		CHOQUE DISTRIBUTIVO POR DENGUE
				DENGUE GRAVE
				6 DIAS

RESUMEN:

Masculino de 70 años de edad el cual tiene los siguientes antecedentes de importancia: Originario y residente de San Luis Potosí, escolaridad primaria, casado, procreación de 5 hijos, ocupación tapicero, en control de Hipertensión arterial sistémica de 4 años de evolución, y obesidad grado II, cirugía abdominal por herida de arma blanca. Negó alergias a medicamentos y trasfusionales.

Inicia su cuadro el día 21 de septiembre por la noche al presentar sintomatología de vía respiratoria alta, sensación febril no cuantificada, debilidad, escalofríos, el lunes presenta 7 evacuaciones en 24 horas de color verdosa, con moco sin sangre, acompañado de fiebre. El martes se agrega vómito de contenido gástrico en 1 ocasión. Es valorado por médico privado el miércoles refiriendo a este con los diagnósticos de choque hipovolémico, pielonefritis aguda, gastroenteritis infecciosa y sepsis.

Ingresa al servicio de urgencias de este hospital el día 25/09/2019 en malas condiciones generales, con temperatura de 37.6, saturación de oxígeno 93%, FC 110x min, FR 18 x min, TA 80/60, mucosa oral seca, cuello sin ingurgitación, precordio sin alteraciones, abdomen globoso con peristalsis disminuida y dolor a la palpación media y profunda sobre marco colónico, llenado capilar de 3 segundos, reflejos osteotendinosos disminuidos, puntos uretrales y Giordano negativo. Ingresa con los diagnósticos de deshidratación severa secundaria a gastroenteritis aguda infecciosa, choque hipovolémico GI, HTA descompensada con hipotensión.

Laboratorios de ingreso hemoglobina 15.5, hematocrito 44.5, plaquetas 65 mil, leucos 9.9, neutrófilos 92%, PCR 16.5, glucosa 83, urea 130, creat 3.7, BUN de 61, fosfato 3.1, calcio 7.4, cloro

Resumen clínico defunción por causa sujeta a vigilancia epidemiológica

HGZ/MF No. 1

94, potasio 4.3, sodio 131, gasometría con acidosis metabólica.

El 25 de septiembre 3 horas posterior a su ingreso se reporta TA de 50/30, por lo que pasa a estabilización y se inicia administración de norepinefrina, así como trasfusión de concentrados plaquetarios, se coloca sonda Foley sin obtener diuresis. Se procede a colocación de catéter venoso central, con radiografía de control en donde se evidencia cardiomegalia grado I, sin neumotórax ni hemotórax. Se observa hematuria macroscópica con múltiples coágulos por sonda urinaria.

26 de septiembre Ingresa a la unidad de cuidados intensivos, ingresa con laboratorios de control hemoglobina 13.7, hematocrito 39, trombocitopenia de 54 mil, leucos 9.8, neutrófilos 93%, linfos 0.40%, elevación de transaminasas TGP 90, TGO 263, DHL 1037. Por el cuadro clínico aunado a laboratorios con plaquetopenia y linfopenia se hace sospecha de cuadro de dengue por lo que se solicita muestra prueba confirmatoria para dengue la cual los familiares deciden que sea en medio privado llevándose la muestra a Hospital Lomas el cual reporta el 26/09/2019 NS1 positivo, IgM negativo e IgG negativo. El paciente con inestabilidad hemodinámica a pesar de las aminas vasoactivas, con tendencia a la taquipnea por lo que decide apoyo ventilatorio.

El 27 de septiembre refiere mialgias y sensación de urgencia miccional, a la exploración física se encontró somnoliento, alerta y cooperador, eritema generalizado, en mal estado de hidratación y con datos de rabdomiolisis por CPK 4334, CPKMB 127, Creatinina 5.7, urea 153.5, BUN 71.72. Biometría hemática con hemoglobina 13.8, plaquetas 54 mil, leucos de 12.24, linfos 0.670. El paciente presenta mayor deterioro, a pesar de balance positivo requiere incremento de dosis de vasopresores y datos de fuga capilar.

El 29 de septiembre inicia con estertores bilaterales de predominio derecho, continua con exantema en tórax y extremidades superiores, abdomen globoso a expensas de panículos adiposo, peristalsis presente dolor diseminado y en anasarca, presentando una evacuación melénica.

30 de septiembre inicia con deterioro neurológico con glasgow de 6, con disociación toracoabdominal, gasometría arterial de acidosis mixta, cambios electrocardiográficos por telemetría, fc de 126x', ausencia de onda P, se corrobora fibrilación auricular. Inicia con sangrado fresco por cavidad oral, epistaxis, con empeoramiento del patrón respiratorio con desaturación hasta 66%, Glasgow de 4 puntos, descenso de FC hasta 50 x min, por lo que se decide manejo avanzado de la vía aérea, encontrando al momento de la intubación abundante secreciones hemáticas frescas. Biometría hemática de control con plaquetas de 45 mil. En malas condiciones generales bajo sedación con hiprreflexia, incremento del apoyo vasopresor, en anuria pese a diurético, acroclanosis, retardo del llenado capilar a 4 segundos edema de miembros inferiores, eritema que desaparece a la digitopresión. Se explica a los familiares la gravedad del paciente y el mal pronóstico a corto plazo, por lo que decide RCP3.

01 de octubre continua en malas condiciones generales, apoyo vasopresor, falla renal establecida con creatinina de 8.9, urea 260 y BUN 117, potasio de 5.7. Hematológico con leucocitosis de 15 mil, neutrofilia de 13 mil, llenado capilar de 8 segundos. Presenta paro cardiorespiratorio y los familiares no aceptan maniobras de reanimación avanzada por lo que se declara la hora de

Resumen clínico defunción por causa sujeta a vigilancia epidemiológica

HGZ/MF No. 1

defunción 15:02.

De acuerdo a la investigación realizada se ratifica el diagnóstico de Dengue como causa básica de la defunción. Se reacomoda el orden de los diagnósticos.

LABORÓ:	Dra. Genoveva Hurtado de la Torre. MNF Epidemiología
---------	---