



Ciudad Valles, San Luis Potosí, a 29 de enero del 2020.

## RESUMEN CLINICO

NOMBRE DEL PACIENTE: RICARDO BENITEZ VENANCIO

NSS: 0396 67 2318 1M1972OR

FECHA DE INGRESO: 17/01/2019

FECHA DE EGRESO: 20/01/2020

DIAGNOSTICO DE INGRESO: (J18.9) - NEUMONIA, NO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: (J18.9) - NEUMONIA, NO ESPECIFICADA.  
(J96.0) – INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Se trata de masculino de 47 años con los siguientes antecedentes de importancia:

- **Antecedentes sociodemográficos:** originario y residencia habitual de Cardenas, SLP, casado y educación básica incompleta. Ocupación agricultor.
- **A.P.N.P:** hábito en casa prestada, que cuenta con todos los servicios básicos, letrina fuera de casa a 8 mts aprox. Regular alimentación en calidad y cantidad 3 comidas diarias. Higiene diario con cambio diario de ropa interior y exterior, baño 1 vez al día y cepillado dental irregular. Exposición de biomasa (+), Combe (+) y zoonosis (-). Sin inmunización a influenza, Td
- **APP:** DM tipo 2 desde hace 10 años de evolución en tratamiento con metformina 1tb cada 12 horas, HAS desde hace 9 años en tratamiento con losartan 1tb cada 12 horas, ERC. Qx:(-); Transf: (-); Tx: (-); Alergico: (-).

### Evolución clínica:

- **17.01.2020:** ingresa al servicio de urgencias por iniciar el cuadro clínico el pasado 15 de enero del 2020 con síntomas de tos seca, dolor faringo/amigdalino, cefalea, astenia y adinamina. Después de dicha sintomatología se agrega fiebre no cuantificada acompañado de disnea de predominio nocturno, leve perdida de peso. Previo a la hospitalización asistió en UMFH # 26 para valoración y manejo a seguir. A la exploración física T/A: 130/90 mmHg, FC: 107xmin; FR: 24xmin; Temp: 36.6°C; con cráneo sin hundimientos ni exosotismos, pupilas isocóricas, normoreflexicas, mucosa oral bien hidratada, sin alteraciones aparentes, precordio rítmico, sin soplo presente, campos pulmonares bien ventilados, sin presencia de ronquines, no sibilancias, presencia de estertores subcrepitantes de predominio basal y parahilar izquierdo, discreto a nivel para hiliar derecho, el resto sin datos patológicos. RX de torax: con presencia de infiltrados neumónicos a nivel parahilar y basal izquierdo y, parahilar derecho con discreto infiltrado. Tratamiento con sol fisiológica de 500 ml x 8 horas, omeprazol 40 mg cada 12 hrs, cefotaxima 1 gr IV cada 8hrs, metamizol 1gr IV amp. NUS con base a ipatropio/salbutamol 2.5 ml+3 ml. Vigilancia respiratoria.
- **17.01.2020:** Continuo en el servicio de urgencias, con persistencia de dolor torácico, disnea y se agrega edema de miembros inferiores. A la exploración física hemodinámicamente estable (TA: 130/90; FC: 70xmin) polihipoxico (FC: 24xmin) temperatura de 37.0°C StO<sub>2</sub>: 100%. Palidez de tegumentos, edema facial, torax con campos pulmonares con subcrepitantes en ambos hemitorax principal en hemitorax izquierdo, área cardiaca con ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, abdomen blando y depresible, el resto sin datos patológicos.



- Con resultados de laboratorios del 17.01.2020 HB 10.7 g, HT: 32.6% Lec: 7,900 Neu: 86%, glucosa: 91 mg; urea 143; BUN: 67 mgrs; CR: 9.1mgrs. La tele de torax se observa infiltrados basales y parahiliar izquierdo mala técnica. Plan: se continua con antibióticos, se solicita nueva tele de torax a determinar, patología valorar realización de TAC. Manejo: furosemida 20 mg I.V, requiere valoración por nefrología, dieta para renal, dejar catéter sellado, claritromicina 500 mg V.O cada 12 hrs. Resto igual. A las 11:01 horas con IDX de NAC, ERC G5, DM2, HAS. Actualmente se encuentra hiper tenso, afebril, manteniendo saturaciones adecuadas sin apoyo de O2 suplementario, refiere mejoría clínica. A la EF: TA: 170/90; FC 95xmin, FR: 22 xmin, temp: 36°C, StO<sub>2</sub>: 96% consciente, orientado, tranquilo, ligera palidez de piel y tegumentos, no dificultad respiratoria, campos pulmonares con estertores subcrepitantes bilaterales de predominio en hemitorax izquierdo, precordio rítmico, adecuada frecuencia e intensidad, abdomen blando, peristalsis incrementada, extremidades integras, funcionales con presencia de edema (+), pulsos distales palpables, adecuada intensidad, llenado capilar inmediato. RX de torax: con infiltrados bibasales y parahiliares izquierdo. Plan: se ajusta tratamiento, se decide su ingreso a piso de medicina interna, con IC a nefrología para valorar inicio de TSFR. Pronostico: reservado a evolución.
- **18.01.2020:** con su 1er dia de hospitalización en el servicio de medicina interna, según la nota medica describe que tuvo antecedentes desde hace mas de 3 semanas con cuadro compatible a infección respiratoria aguda con manejo por sector privado y multitratado en medio privado con cefalosporina de 3ra. Generación. Traido por dificultad respiratoria. Desde la ayer por la noche (17.01.2020) con franca insuficiencia respiratoria, diaforético, desesperado, desaturando al 70%. Con datos de edema agudo pulmonar, se propone manejo avanzado de la vía aérea, el familiar acepta. Se induce con midazola, se intuba al segundo intento, con dificultad, desatura a menos de 50% y bradicardia, sin llegar al paro, logrando recuperar, bajo sedación y conectado a VM en AV vol 400, FR 18xmin, FiO2: 80%. FC: 104xmin, S02: 100% TA: 120/60 mmhg. Rx de torax: infiltrado aleveolares en ambos hemitorax predominio izquierdo. Laboratorios: 18.01.20 Hb: 11.3 g/dL, leucocitos: 8.2 miles/Ál, linfocitos de 0.74 miles/Ál, neutrófilos de 7.354 miles/ Ál. INR: 1.07. glucosa: 364 nmg/dl, rea: 186.8 mg/dL., creatinina de 11.2 mg/dL. Se reporta muy grave, altamente complicable, pronóstico malo para la función, reserva para la vida. Se inicia con oseltamivir 75 mg se solicita IC a epidemiología.
- **19.01.2020:** continua con idx neumonía atípica + SIRA7, edema agudo pulmonar, síndrome urémico – acidosis metabólica + enfermedad renal crónica estadio 5. DM2/HAS. Malas condiciones generales, con apoyo ventilatorio invasivo a VM en AC vol. 500 FiO2 100% Fr 20 PEEP 10, a pesar de ello, a penas alcanza saturaciones por pulsioximetría de 95%, hemodinámicamente inestable, con apoyo de aminas vasopresoras, los campos pulmonares con crepitos diseminados, precordio rítmico, abdomen blando, no edema. La GA con acidosis metabólica descompnsada e hipoxemia. Se solicito valoración por UCI para el día de mañana, durante fin de semana cupo al 100%. Muy grave, altamente complicable, pronóstico reservado a evolución. Riesgo elevado de fallecimiento. Continuo con manejo establecido, cobertura antimicrobiana y antiviral.
- **20.01.2020:** Paciente continua con inestabilidad hemodinámica y con soporte ventilatorio invasivo con parámetros de VT 500 ml, PEEP 10, FR: 16 TG: 2 Fi= 100%, P.Max: 28. Se realizo colocación de catéter central MHK sin aparentes complicaciones. Se reporta a paciente grave. Se realiza toma de exudado faríngeo, estudio epidemiológico para IRAG y se registra el SINOLAVE con el No. 2020009007. Continuo con esquema de antibióticos antimicrobianos y antiviral. A las 11:45 horas fallece el paciente.

Elaboro el certificado de defunción en el servicio de medicina interna con el No. Folio: 200633982 con causas de la defunción:



- Parte I

- |                             |                     |                   |
|-----------------------------|---------------------|-------------------|
| a) Neumonía, no específica  | intervalo de 5 días | Código CIE: J19.8 |
| b) Enfermedad Renal Crónica | intervalo de 5 años | Código CIE: N18.9 |
| c) Hipertensión Arterial    | intervalo de 7 años | Código CIE: I10X  |

Por lo consiguiente, se hace la rectificación de las causas de defunción según el anexo 8, con los siguientes diagnósticos:

- Parte I

- a) Influenza con neumonía, debido a otros virus de la influenza identificado. Intervalo: 5 días. CIE: **J10.0**

- Parte II

- |  |                      |                   |
|--|----------------------|-------------------|
| 1. Insuficiencia renal crónica con hipertensión. | Intervalo de: 5 años | Código CIE: I12.0 |
| 2. Hipertensión Arterial Sistémica               | Intervalo de: 7 años | Código CIE: I10.X |

La causa básica de la defunción: **Influenza con neumonía, debido a otros virus de la influenza identificado.**

**Código CIE: J10.0**

A T T E

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



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



Dirección de Prestaciones Médicas  
Unidad de Atención Primaria a la Salud  
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica  
Div.Lab.Vigilancia e Investigación Epidemiológica  
Laboratorio Central de Epidemiología-LCE

Impresión: 29/01/2020

## REPORTE DE RESULTADOS

Para : A QUIEN CORRESPONDA  
P R E S E N T E :

### ASUNTO: ENSAYO DIAGNÓSTICO PARA LA DETECCIÓN DE INFLUENZA

Por medio de la presente emito a usted el siguiente resultado de una muestra procesada para el diagnóstico de INFLUENZA en el LABORATORIO CENTRAL DE EPIDEMIOLOGIA.

NOMBRE DEL PACIENTE

RICARDO BENITEZ VENANCIO

EDAD

47 Años

NSS

0396672318

DELEGACIÓN

SAN LUIS POTOSÍ

UNIDAD

HGZ 6 CD VALLES

TIPO DE MUESTRA

EXUDADO FARINGEO

FECHA DE TOMA

20/01/2020

FOLIO INTERNO

202001001126

FECHA DE RECEPCION

22/01/2020

ENSAYO(S)

MARCA DEL KIT

FECHA DE RESULTADO

RESULTADO

RT-qPCR INFLUENZA

SUPERSCRIPT III PLATINUM  
ONE-STEP QUANTITATIVE  
RT-PCR SYSTEM

27/01/2020

INFLUENZA A H1N1 pdm 09

El reporte de resultado se refiere exclusivamente a la muestra probada.

OBSERVACIONES:

29 ENE. 2020

Dra. Clara Esperanza Santacruz Tinoco  
Jefe de Área de Laboratorio Central de Epidemiología  
Cédula Profesional: 6024960

CLAVE:

FE: JULIO-2014

V: 02

1 DE 1

CMN "LA RAZA", Av. Jacarandas s/n, esq. Seris, Col. "La Raza", Deleg. Azcapotzalco, C.P. 02990, Tel.: (55) 57245900 Ext. 24321, clara.santacruz@imss.gob.mx

La información contenida en este reporte es confidencial y privada, está protegida por secreto profesional. Este reporte no podrá ser reproducido en forma total o parcial sin la autorización previa de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica del IMSS.