

Caso Clínico 3

Parte 1

Paciente masculino de 58 años, el cual es traído por sus familiares al servicio de urgencias posterior a presentar crisis convulsiva. Al interrogatorio refiere:

Antecedentes heredofamiliares:

Padre finado por cirrosis hepática hace 10 años, resto de los antecedentes heredofamiliares interrogados y negados.

Antecedentes personales no patológicos:

Habita en casa propia, que cuenta con todos los servicios de urbanización. Hábitos higiénico-dietéticos inadecuados, los familiares refieren alimentación deficiente en calidad y cantidad. Desconocen si posee cartilla de vacunación completa para la edad.

Antecedentes personales patológicos:

Tabaquismo positivo a razón de cinco cigarros al día por los últimos 40 años, alcoholismo crónico desde la adolescencia a base de destilados, los que consume cada cinco días llegando a perder el estado de consciencia. Los familiares niegan enfermedades exantemáticas, enfermedades crónico degenerativas, cirugías, transfusiones, fracturas u otros antecedentes traumáticos.

Padecimiento actual:

Los familiares refieren que inicio hace tres días con la ingesta de bebidas alcohólicas hasta llegar a la embriaguez. Hace 12 horas comenzó con náusea, vómito de contenido gástrico en dos ocasiones, mareo, cefalea holocraneana y visión borrosa. Hace 30 min, estando en su cama, presenta una crisis tónico-clónica sin pérdida del control de esfínteres, de duración de 1 minuto, recobrando el estado de alerta a los 10 minutos, por lo que es traído al servicio de urgencias. Además, consumió poco alimento.

Exploración física:

Signos vitales y somatometría:

- TA: 90/70 mm Hg
- Frecuencia cardíaca: 90 lpm
- Frecuencia respiratoria: 16 rpm
- Temperatura: 35.8° C
- Peso: 52 kg
- Talla 1.63 m

Paciente irritable, somnoliento, desorientado, sin presencia de movimientos anormales, escala de Glasgow 13. Cabeza sin hundimientos ni salientes; ojos con pupilas isocóricas, reflejos pupilares conservados; nariz con narinas permeables; boca con mucosa oral seca. Cuello cilíndrico, sin adenomegalias. Tórax normolíneo, movimientos respiratorios sin alteraciones; ruidos cardiacos rítmicos, sincrónicos, con adecuada intensidad y frecuencia, sin ruidos agregados; campos pulmonares sin presencia de estertores ni sibilancias. Abdomen plano, blando, depreciable y no doloroso a la palpación superficial o profunda; se auscultan ruidos peristálticos normales, sin datos de irritación peritoneal. Se difiere exploración genital. Extremidades íntegras, se encuentra piel de coloración adecuada, frías al tacto, fuerza y reflejos osteotendinosos sin alteraciones; llenado capilar de 2 segundos.

Se realizan estudios de laboratorio que reportan:

Química Sanguínea

	Valores del paciente	Valores de referencia
Glucosa	38 mg/dl	70 – 99 mg/dl
Etanol	300 mg/dl	0 – 5 mg/dl

Gasometría arterial

	Valores del paciente	Valores de referencia
pH	7.27	7.35 – 7.45
pCO ₂	40 mm Hg	35 – 45 mm Hg
HCO ₃ ⁻	18 mEq/l	21 – 27 mEq/l

Electrolitos séricos

	Valores del paciente	Valores de referencia
Sodio (Na ⁺)	130 mEq/l	135 – 145 mEq/l
Potasio (K ⁺)	4.5 mEq/l	3.5 – 5 mEq/l
Cloruro (Cl ⁻)	98 mEq/l	102 – 109 mEq/l

Ultrasonografía de hígado y vías biliares

Se reportan vías biliares sin alteraciones, parénquima hepático con patrón hiperecogénico compatible con esteatosis hepática.

Con lo anterior se sospecha de los siguientes diagnósticos:

Intoxicación por alcohol (6C40.3)

Hepatopatía alcohólica (DB94)

Hipoglucemia sin Diabetes asociada (5A41)

Convulsión por causas agudas, sin especificación (8A63.Z)

Cédula de evaluación

Nombre del Alumno: _____ Grupo: _____

Caso Clínico 3

Lee el caso clínico anexo a esta cédula de evaluación y a continuación, realiza un análisis y llena los campos que se solicitan, justificando tu respuesta:

- **Signos vitales:**

<i>Signo vital</i>	<i>Valores del paciente</i>	<i>Valor de referencia</i>
<i>Tensión arterial (T/A)</i>		
<i>Frecuencia cardiaca (FC)</i>		
<i>Frecuencia respiratoria (FR)</i>		
<i>Temperatura (T)</i>		

- **Signos y síntomas:**

Signos	Síntomas

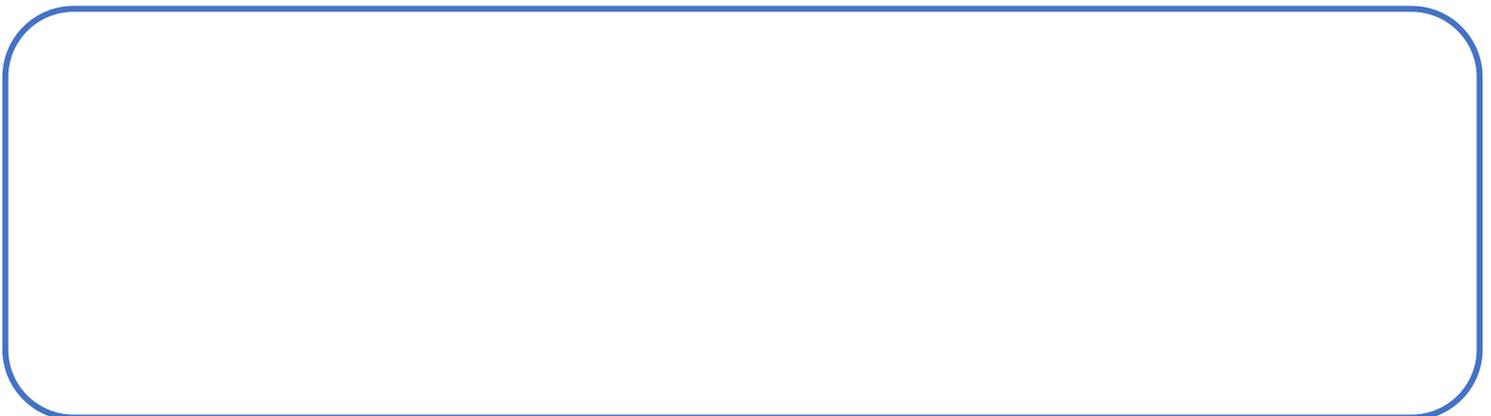
- **Justifique los estudios de laboratorio y gabinete que se solicitaron:**



- **Diagnóstico presuncional**



- **¿Qué otros estudios de laboratorio o gabinete realizarían para descartar o confirmar los diagnósticos diferenciales?**



- **Patogenia y fisiopatología del diagnóstico propuesto (realizar un mapa conceptual):**

A large, empty rounded rectangular box with a blue border, intended for drawing a conceptual map. The box is centered on the page and occupies most of the lower half of the document. It is currently blank, providing space for the student to create their conceptual map.

- **Tratamiento propuesto (justifique su respuesta):**



- **Glosario**



