

Casos clínicos integradores para discusión por aparatos y sistemas

Dr. Noé Contreras González



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



Casos clínicos integradores para discusión por aparatos y sistemas

Dr. Noé Contreras González

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Dr. Vicente Jesús Hernández Abad
Director

Dra. Mirna García Méndez
Secretaria General

Dr. José Luis Alfredo Mora Guevara
Secretario de Desarrollo Académico

CD. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez
Secretaria de Desarrollo Estudiantil

Mtro. Luis Alberto Huerta López
Secretario Administrativo

Dra. María Susana González Velázquez
Jefa de la División de Planeación Institucional

Dra. Rosalva Rangel Corona
Jefa de la División de Vinculación

Dr. David Nahum Espinosa Organista
Jefe de la División de Estudios de Posgrado e Investigación

Lic. Carlos Raziel Leaños Castillo
Jefe de la Coordinación de Comunicación Social y Gestión de Medios

Datos para catalogación bibliográfica

Editor: Noé Contreras González.

Casos clínicos integradores para discusión por aparatos y sistemas.

UNAM, FES Zaragoza, marzo de 2023.

Peso: 2.9 MB.

ISBN: 978-607-30-7391-2.

Diseño de portada: Carlos Raziel Leaños Castillo.

Formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros.

Este libro fue dictaminado a través del Comité Editorial de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y se aprobó en febrero del 2022.

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

Casos clínicos integradores para discusión por aparatos y sistemas.

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México
Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México.

Contenido

Introducción	9
Fundamentación	11
La piel y el sistema musculoesquelético	24
1. Impétigo vulgar	25
2. Tiña de la piel lampiña	26
3. Tiña de la cabeza	27
4. Pediculosis de la cabeza	28
5. Escabiosis	29
6. Quemadura del miembro superior	30
7. Fractura del antebrazo	31
8. Esguince de tobillo	32
9. Quemadura del tronco y extremidades	33
10. Luxación de hombro	34
11. Fractura de pierna izquierda	35
12. Luxación-fractura de tobillo	36
Bibliografía	37
El aparato respiratorio	38
1. Resfriado común	39
2. Rino-laringotraqueitis	40
3. Sinusitis	41
4. Influenza	42
5. Faringoamigdalitis bacteriana	43
6. Neumonía lobar	44
7. Tuberculosis pulmonar	45
8. Asma	46
9. Apnea obstructiva del sueño	47
10. Resfriado común	48
11. Rino-laringotraqueitis	49

12. Sinusitis	50
13. Influenza	51
14. Faringo-amigdalitis viral	52
15. Bronconeumonía	53
16. Tuberculosis pulmonar	54
17. Covid-19	55
Bibliografía	56
El aparato cardiovascular	57
1. Cardiopatía congénita tipo comunicación interventricular	58
2. Fiebre reumática	59
3. Hipertensión arterial sistémica	60
4. Insuficiencia venosa periférica	61
5. Angina de pecho	62
6. Insuficiencia cardiaca y embarazo	63
7. Dislipidemias	64
8. Cardiopatía congénita tipo persistencia del conducto arterioso	65
8. Fiebre reumática	66
10. Hipertensión arterial sistémica	67
11. Insuficiencia venosa periférica	68
12. Infarto al miocardio	69
13. Dislipidemias	70
14. Insuficiencia cardiaca global	71
Bibliografía	72
El aparato digestivo	73
1. Gastroenteritis viral	74
2. Parasitosis intestinal tipo oxiuriasis	75
3. Parasitosis intestinal tipo amibiasis	76
4. Gastroenteritis bacteriana	77
5. Parasitosis intestinal tipo ascariasis	78
6. Parasitosis intestinal tipo disenteria amibiana	79
7. Abdomen agudo tipo colecistitis aguda	80
8. Abdomen agudo tipo apendicitis aguda	81

9. Gastroenteritis aguda tipo cólera	82
10. Gastroenteritis infecciosa bacteriana	83
11. Parasitosis intestinal tipo oxiuriasis	84
12. Hepatitis por virus tipo A	85
13. Hemorroides	86
Bibliografía	87
El aparato urogenital	88
1. Infección de vías urinarias	89
2. Uretritis gonocócica	90
3. Enfermedad por VIH	91
4. Cistitis aguda	92
5. Sífilis primaria	93
6. Pielonefritis aguda	94
7. Vulvovaginitis	95
8. Uretritis gonocócica	96
9. Sífilis primaria	97
10. Balanopostitis candidiásica	98
Bibliografía	99
El sistema nervioso y órganos de los sentidos	100
1. Enfermedad vascular cerebral del tipo trombótico	101
2. Neoplasia cerebral izquierda	103
3. Meningoencefalitis tuberculosa	105
4. Neoplasia cerebral derecha	107
5. Neoplasia cerebral metastásica	109
6. Cefalea tipo migraña	111
7. Epilepsia de base genética: crisis convulsivas tónico-clónico generalizadas	112
8. Epilepsia de base genética: crisis de ausencia en la niñez	113
9. Farmacodependencia	114
10. Tétanos	115
11. Rabia	117
12. Neurocisticercosis	118
13. Hernia de disco sacro con síndrome radicular S1	119

14. Swanoma del VIII par craneal	120
15. Enfermedad vascular cerebral del tipo hemorrágico	122
16. Depresión	124
17. Neuropatía periférica	125
18. Demencia tipo Alzheimer	127
Bibliografía	129
El sistema endocrino	130
1. Diabetes mellitus tipo II	131
2. Obesidad	132
3. Obesidad	133
4. Diabetes mellitus tipo II complicada	134
Bibliografía	135
Bibliografía general complementaria	136

Noé Contreras González

Médico Cirujano.

Maestro y Doctor en Neuropsicología.

Profesor de Carrera Titular “A” de Tiempo Completo.

Adscrito al Área de Clínicas Médicas.

Carrera de Médico Cirujano, FES Zaragoza, UNAM.

noecong10@gmail.com

Introducción

La F.E.S. Zaragoza, UNAM, a través del Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano, se propone la formación integral de un profesional de la medicina general, socialmente útil en la identificación y la solución de los problemas de salud más frecuentes que afectan a los individuos, las familias y comunidades en nuestro país. ¹

El Plan de Estudios vigente está organizado de tal manera que el eje central es el perfil profesional del egresado, del cual se desprenden las funciones profesionales, los objetivos, los contenidos, las actividades de enseñanza-aprendizaje y la evaluación de los módulos.

El Segundo Año de la Carrera de Médico Cirujano “**Estudio por Aparatos y Sistemas**”, está conformado por los siguientes **Módulos**: “La Piel y el Sistema Musculoesquelético”,

“El Aparato Respiratorio”, “El Aparato Cardiovascular”, “El Aparato Digestivo”, “El Aparato Urogenital”, “El Sistema Nervioso y Órganos de los Sentidos” y “El Sistema Endocrino”.

El proceso de enseñanza-aprendizaje de cada uno de estos módulos se instrumenta con la participación de las siguientes **Áreas Académicas**: Morfofisiología, Epidemiología, Microbiología, **Clínicas Médicas**, Farmacología y Salud Mental.

El **Área de Clínicas Médicas** se ocupa del conocimiento y comprensión del ser humano con problemas de salud con la finalidad de identificarlos y contribuir a su solución.

La finalidad del libro **Casos Clínicos Integradores para Discusión por Aparatos y Sistemas** es constituirse en un material útil para los Seminarios de la disciplina y servir como evaluación del aprendizaje logrado por los alumnos del grupo. Este material tiene su base en el Programa Académico de Clínicas Médicas para el Segundo Año. ²

Bibliografía

1. Carrera de Médico Cirujano. Plan de Estudios. México. ENEP Zaragoza, UNAM. 1990. 331 páginas. Disponible en: https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/portalfesz2019/Licenciaturas/medico/plan_estudios_medico_cirujano.pdf
2. Carrera de Médico Cirujano. Programa Académico de Clínicas Médicas para el Segundo Año. México. FES Zaragoza, UNAM. 2013. 146 páginas. Disponible en: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/medico/programasacademicos/clinicas/programa_clinicas_medicas_segundo.pdf.

Fundamentación

De acuerdo con el plan de estudios, el objetivo terminal del área de clínicas médicas en el segundo año es: ¹

“El alumno será capaz de aplicar el método clínico para identificar las manifestaciones clínicas y los antecedentes, integrar el diagnóstico sindromático y participar en el manejo terapéutico general de los padecimientos más frecuentes que afectan los diversos aparatos y sistemas del ser humano”

Para lograr el objetivo anterior, el alumno aprenderá a aplicar **el método clínico**, que tiene su base en el método científico y consiste en un conjunto de principios, procedimientos de investigación y de actividades prácticas lógicamente organizados, aplicados a una persona con problemas de salud, con la finalidad de identificarlos y contribuir a su solución.

Los pasos del método clínico son: ²

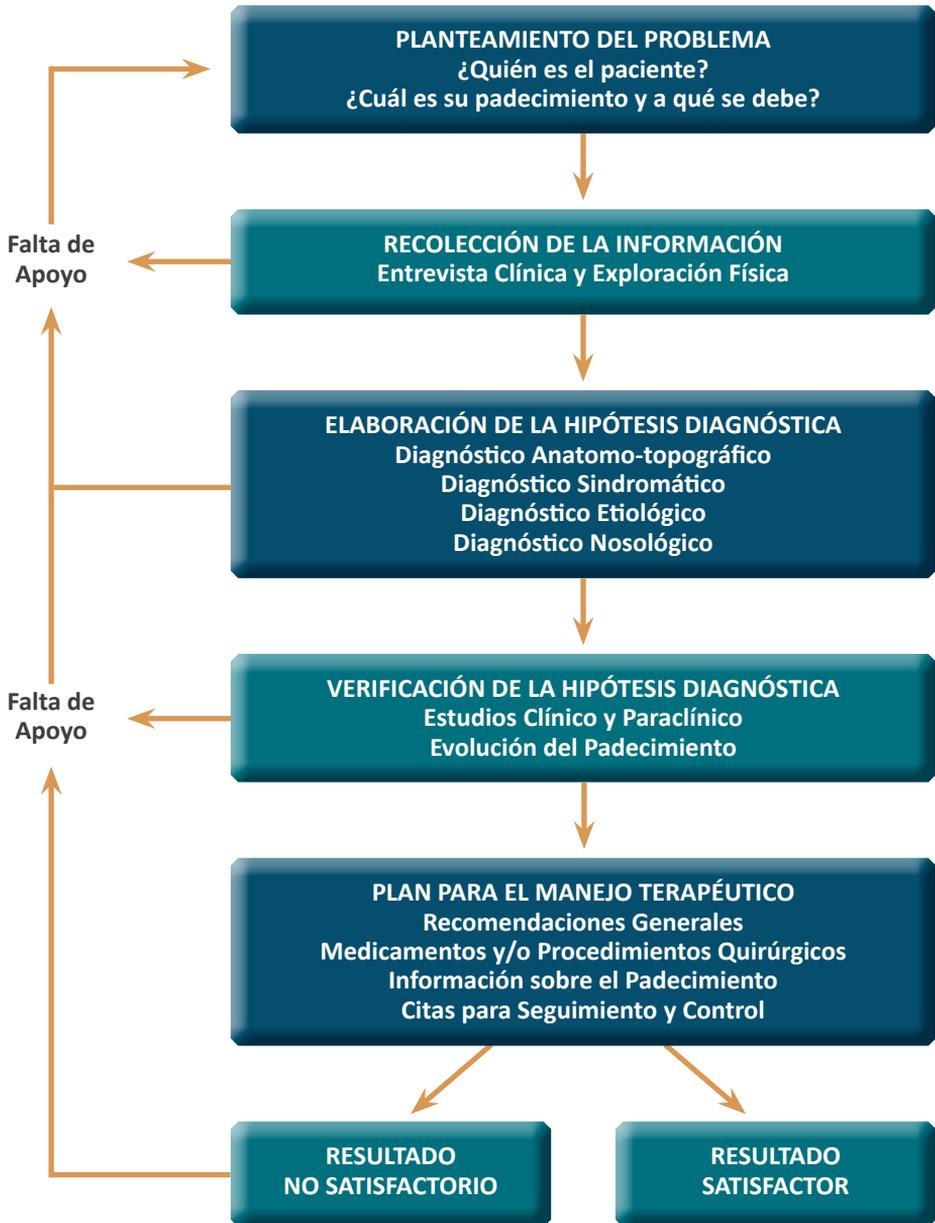
- 1. La estructuración de un marco teórico con relación al problema de salud del paciente.** Dado que la clínica médica es una ciencia integradora y aplicada, su marco teórico se conforma con los conocimientos aportados por diversas ramas de la ciencia médica, como son: la epidemiología, la sociología médica, la psicología médica, la morfofisiopatología, la semiología médica, la propeuéutica médica, la farmacología y la terapéutica médicas, entre otras.
- 2. El planteamiento del problema de salud del paciente.**
- 3. La recolección de la información acerca del problema de salud del paciente,** mediante la entrevista clínica, la exploración física y los estudios paraclínicos útiles y necesarios, a la luz del marco teórico.
- 4. La elaboración de una hipótesis diagnóstica,** que represente la explicación o respuesta tentativa al problema de salud del paciente; esta hipótesis se puede elaborar a diversos niveles: sindromático, nosológico o integral, al organizar lógicamente los datos obtenidos, con base en el marco teórico.
- 5. La verificación de la hipótesis diagnóstica,** que consiste en establecer una correlación correcta entre el pensamiento del médico y el padecimiento del enfermo; esto se logra mediante el análisis e interpretación de los datos recolectados por el estudio clínico y los estudios paraclínicos, a la luz del marco teórico.
- 6. Las conclusiones y aplicaciones prácticas del nuevo conocimiento;** una vez identificadas las características del padecimiento del enfermo, se establece un plan de acción para contribuir a su solución y para prevenir las complicaciones que se puedan presentar, a la luz del marco teórico.

Para que el alumno aprenda a aplicar el método clínico, en el área de clínicas médicas las actividades de enseñanza-aprendizaje se dividen en tres tipos de sesiones: teoría, práctica clínica y seminario.

Las **sesiones de teoría** se realizan en el aula, mediante exposiciones, discusiones dirigidas, trabajo en pequeños grupos y plenarias; se analizan y discuten los contenidos de enseñanza - aprendizaje de cada módulo, intercambiando puntos de vista, elaborando la información, buscando aplicaciones del nuevo conocimiento para la identificación y solución de problemas frecuentes de la práctica profesional del médico general.

Las **sesiones de práctica clínica** se realizan en los consultorios médicos de las unidades multiprofesionales de atención integral (umai), mediante trabajo en pequeños grupos y de acuerdo a los contenidos de enseñanza - aprendizaje de cada módulo; se aplica el método clínico a la atención médica de pacientes que la solicitan; al alumno con la asesoría del docente entrevista y explora al paciente, integra el diagnóstico del paciente a nivel sindromático, participa en el manejo terapéutico general y redacta el expediente clínico del mismo. En estas sesiones se propicia la aplicación de los conocimientos adquiridos a la identificación y solución de problemas de salud concretos en la consulta externa de medicina general.

MARCO TEÓRICO



Las **sesiones de seminario** se realizan en el aula, mediante trabajo en pequeños grupos y plenarias, se integra la información en la redacción de casos clínicos simulados; **se analizan y discuten casos clínicos integrativos**, publicaciones recientes relacionadas con los contenidos; se reflexiona sobre el proceso de aprendizaje seguido por el grupo y los factores que lo determinaron.

Conceptos básicos

Síntoma. Es una manifestación clínica subjetiva del padecimiento, referida por el paciente durante la entrevista clínica y que no siempre es perceptible por el médico, ejemplos: dolor, cefalalgia, náusea, disuria, vértigo, etc. ³

Signo. Es una manifestación clínica objetiva del padecimiento, perceptible por el médico durante la exploración física, ejemplos: pústula, rinorrea, edema, diarrea, paresia, pérdida de peso, etc. ³

Semiología. El estudio de las manifestaciones clínicas, los síntomas y los signos, que se realiza en la etapa del método clínico llamada recolección de la información acerca del problema de salud del paciente, es el objetivo de la semiología médica, fundamental en la relación médico - paciente para identificar su problema de salud.

Cuando un paciente nos consulta, mediante tribuna libre, hacemos una pregunta como la siguiente: ¿en qué le puedo servir? O ¿qué molestias tiene? Escuchamos su respuesta, mientras tanto, hacemos una lista de las quejas principales e insistimos, ¿qué más le pasa? A continuación, mediante una entrevista dirigida, con preguntas directas y concretas, realizamos el análisis de un síntoma o signo sobresaliente aplicando, para ello, los criterios semiológicos. En este sentido, el estudio semiológico de la manifestación clínica, es decir, cuándo empezó, a qué se le atribuye, dónde la ubica el enfermo, cuál es su intensidad, cuál es su horario de predominio, con qué otras manifestaciones se acompaña, qué terapéutica se ha empleado hasta ahora, cómo ha evolucionado y cómo se encuentra actualmente dicha manifestación clínica, nos permite identificar las características del padecimiento del enfermo, si es agudo o crónico, el órgano, aparato o sistema que afecta, su causa más probable, la terapéutica empleada y sus resultados, así como su evolución. De esta manera, la semiología constituye un aspecto fundamental para el diagnóstico clínico del enfermo, junto con los antecedentes o factores de riesgo, la exploración física y los estudios paraclínicos.

En las siguientes tablas, se aplican los criterios semiológicos a algunos ejemplos:⁴

TABLA 1. Semiología del dolor musculoesquelético.

Críterio Semiológico	Pregunta	Variables	Padecimientos
Fecha de inicio	¿Cuándo inició su malestar?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reciente (agudo). ▪ Mucho tiempo atrás (crónico). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quemaduras, esguinces, fracturas, etc. ▪ Psoriasis, artritis reumatoide, etc.
Modo de inicio	¿Cómo inició su molestia?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brusco. ▪ Paulatino. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quemaduras, esguinces, fracturas, etc. ▪ Psoriasis, artritis reumatoide, etc.
Causa aparente	¿A qué se debe su molestia?	Valorar la que diga el paciente.	
Sitio o ubicación	¿Dónde le duele?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Localizado. ▪ Diseminado. ▪ Generalizada. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quemadura con líquidos, esguince, fractura. ▪ Artritis reumatoide, quemadura con líquidos. ▪ Quemadura solar.
Tipo	¿Cómo es su molestia?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ardoroso. ▪ Pruriginoso. ▪ Pulsátil. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quemaduras, abrasiones. ▪ Tiñas, sarna. ▪ Contusión, esguince.
Intensidad	En una escala del 0 al 10 ¿qué tan fuerte es su molestia?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leve (0 a 3). ▪ Moderada (4 a 7). ▪ Severa (8 a 10). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Artritis reumatoide. ▪ Esguince. ▪ Quemadura, fractura.
Duración	¿Por cuánto tiempo percibe el dolor?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continua. ▪ Intermitente: a) Frecuencia. b) Horario de predominio. c) Periodicidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quemadura, fractura. ▪ Artritis reumatoide. ▪ Dos veces por semana. ▪ Matutino o nocturno. ▪ En invierno.
Factores modificadores	¿Qué factores modifican su molestia?	<ul style="list-style-type: none"> - Aumenta con: - Disminuye con: 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Movimiento, frío. ▪ Reposo, calor.
Manifestaciones acompañantes	¿De qué más se acompaña su molestia?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disfunción, deformidad. ▪ Disfunción, deformidad, hemorragia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Artritis reumatoide. ▪ Esguince de tercer grado, fractura.
Terapéutica empleada	¿Qué ha hecho para aliviar su molestia?	Valorar lo que diga el paciente.	
Resultados obtenidos	¿Cómo le fue con lo que hizo?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin cambios. ▪ Mejoría. ▪ Agravamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contusión, esguince, artritis reumatoide. ▪ Fractura, quemadura severa.
Evolución	Desde que inició hasta ahora ¿ha notado cambio en su molestia?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin cambios. ▪ Mejoría. ▪ Agravamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contusión, esguince, artritis reumatoide. ▪ Fractura, quemadura severa.
Estado actual	¿Cómo está su molestia en este momento?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin cambios. ▪ Mejoría. ▪ Agravamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contusión, esguince, artritis reumatoide. ▪ Fractura, quemadura severa.

TABLA 2. Semiología de la cefalalgia.

Criterio Semiológico	Pregunta	Variables	Padecimientos
Fecha de inicio	¿Cuándo inició su malestar?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reciente (agudo). ▪ Mucho tiempo atrás (crónico). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia subaracnoidea; cefalea postraumática. ▪ Migraña; cefalea tensional; hipertensión endocraneana.
Modo de inicio	¿Cómo inició su molestia?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brusco. ▪ Paulatino. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia subaracnoidea. ▪ Cefalea postraumática; migraña; hipertensión endocraneana
Causa aparente	¿A qué se debe su molestia?	Valorar la que diga el paciente.	
Sitio o ubicación	¿Qué parte de su cabeza le duele?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frontal. ▪ Hemicraneal. ▪ Bitemporal. ▪ Generalizado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sinusitis. ▪ Migraña. ▪ Hipertensión arterial. ▪ Hemorragia subaracnoidea; hipertensión endocraneana.
Tipo	¿Cómo es su molestia?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pulsátil. ▪ Opresivo. ▪ Explosiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migraña. ▪ Hemorragia subaracnoidea; hipertensión endocraneana. ▪ Hemorragia cerebral.
Intensidad	En una escala del 0 al 10 ¿qué tan fuerte es su molestia?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leve (0 a 3). ▪ Moderada (4 a 7). ▪ Severa (8 a 10). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migraña; cefalea tensional. ▪ Hipertensión endocraneana; cefalea postraumática. ▪ Hemorragia subaracnoidea.
Duración	¿Por cuánto tiempo percibe el dolor?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continua. ▪ Intermitente: a) Frecuencia. b) Horario de predominio. c) Periodicidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensión endocraneana; hemorragia subaracnoidea. ▪ Migraña; cefalea tensional. ▪ Dos veces por semana. ▪ Matutino o nocturno. ▪ Al inicio del año.
Factores modificadores	¿Qué factores modifican su molestia?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumenta con: ▪ Disminuye con: 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrés; desvelo; ayuno; bebidas alcohólicas en migraña. ▪ Dormir, comer, platicar y evitar alcohol en migraña.
Manifestaciones acompañantes	¿De qué más se acompaña su molestia?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Náusea, fotofobia, fonofobia: ▪ Visión borrosa, edema papilar: 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migraña. ▪ Hipertensión endocraneana.
Terapéutica empleada	¿Qué ha hecho para aliviar su molestia?	Valorar lo que diga el paciente.	

TABLA 2. Semiología de la cefalalgia (CONTINUACIÓN).

CrITERIO Semiológico	Pregunta	Variables	Padecimientos
Resultados obtenidos	¿Cómo le fue con lo que hizo?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin cambios. ▪ Mejoría. ▪ Agravamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migraña; cefalea tensional. ▪ Hemorragia subaracnoidea; hipertensión endocraneana.
Evolución	Desde que inició hasta ahora ¿ha notado cambio en su molestia?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin cambios. ▪ Mejoría. ▪ Agravamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migraña; cefalea tensional. ▪ Hemorragia subaracnoidea; hipertensión endocraneana.
Estado actual	¿Cómo está su molestia en este momento?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin cambios. ▪ Mejoría. ▪ Agravamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migraña; cefalea tensional. ▪ Hemorragia subaracnoidea; hipertensión endocraneana.

TABLA 3. Semiología de las crisis epilépticas.

CrITERIO Semiológico	Pregunta, Observación o Videograbación	Variables	Padecimientos
Fecha de inicio	¿Cuándo iniciaron sus crisis?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reciente (agudo). ▪ Mucho tiempo atrás (crónico). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedad cerebrovascular; meningitis; neoplasias cerebrales; neurocisticercosis. ▪ De base genética.
Modo de inicio	¿Cómo iniciaron sus crisis?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brusco: crisis generalizadas. ▪ Paulatino: crisis parciales y secundariamente generalizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De base genética. ▪ Enfermedad cerebrovascular; neoplasias cerebrales; neurocisticercosis.
Causa aparente	¿A qué se debe su molestia?	Valorar la que diga el paciente o su familiar.	
Sitio o ubicación	¿En qué parte de su cuerpo se presenta la crisis?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parciales o focales y secundariamente generalizadas. ▪ Generalizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedad cerebrovascular; neurocisticercosis; neoplasias cerebrales. ▪ De base genética.
Tipo	¿Cómo es su crisis?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parciales o focales y secundariamente generalizadas. ▪ Generalizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedad cerebrovascular; neurocisticercosis; neoplasias cerebrales. ▪ De base genética.
Duración intermitente	¿Cada cuando se presenta la crisis?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia variable. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedad cerebrovascular; neurocisticercosis; neoplasias cerebrales. ▪ De base genética.

TABLA 3. Semiología de las crisis epilépticas (CONTINUACIÓN).

criterio Semiológico	Pregunta, Observación o Videograbación	Variables	Padecimientos
Factores modificadores	¿Qué factores modifican sus crisis?	- Aumentan con: desvelo, ayuno, estrés. - Disminuyen con: sueño adecuado; estabilidad afectiva.	- Enfermedad cerebrovascular, neurocisticercosis; neoplasias cerebrales. - De base genética.
Manifestaciones acompañantes	¿De qué más se acompañan sus crisis?	- Cefalalgia, visión borrosa, edema papilar, hipoestesia, paresia, amnesia,	- Enfermedad cerebrovascular, neurocisticercosis; neoplasias cerebrales.
Terapéutica empleada	¿Qué ha hecho para evitarlas?	Valorar lo que diga el paciente o su familiar.	
Resultados obtenidos	¿Cómo le fue con lo que hizo?	- Sin cambios. - Mejoría. - Agravamiento.	- Enfermedad cerebrovascular, neurocisticercosis; neoplasias cerebrales. - De base genética.
Evolución	Desde que inició hasta ahora ¿ha notado cambio en sus crisis?	- Sin cambios. - Mejoría. - Agravamiento.	- Enfermedad cerebrovascular, neurocisticercosis; neoplasias cerebrales. - De base genética.
Estado actual	¿Cómo está sus crisis ahora?	- Sin cambios. - Mejoría. - Agravamiento.	- Enfermedad cerebrovascular, neurocisticercosis; neoplasias cerebrales. - De base genética.

Esquema. Es una representación gráfica de algo, en este caso, la parte corporal (región, órganos y tejidos) afectada por el padecimiento.

Antecedentes. Son los factores de riesgo a los que ha estado expuesto el paciente para enfermar. Su importancia radica en que: a) preceden en el tiempo al padecimiento actual; b) tienen una relación causal con el padecimiento actual, y c) son útiles para el diagnóstico, manejo terapéutico y seguimiento del padecimiento del enfermo. En la enseñanza de la clínica médica, los antecedentes o factores de riesgo que llevaron a presentar el padecimiento actual se dividen, para su estudio, en heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos.⁵

A) *los antecedentes heredofamiliares:* incluyen las causas de muerte o enfermedad de abuelos, padres y hermanos que cuentan con un componente hereditario y que estén relacionados con el padecimiento actual del enfermo, tales como: las enfermedades crónico-degenerativas y metabólicas (obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma, enfermedades reumáticas, enfermedades renales, epilepsia, etc.) Las neoplasias en sus diversas variedades y las adicciones.

- B) *los antecedentes personales no patológicos*: incluyen los factores relacionados con el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo que influyen en la presentación del padecimiento actual, tales como: la edad, el lugar de nacimiento y residencia, época del año, el género, la escolaridad, la ocupación, el nivel socioeconómico y cultural, la alimentación, el transporte, los estilos de vida y el manejo del estrés, la red de apoyo, el acceso a los servicios de salud y las inmunizaciones.
- C) *los antecedentes personales patológicos*: incluyen los padecimientos sufridos a lo largo de la vida, así como sus tratamientos con implicaciones causales sobre el padecimiento actual, tales como: padecimientos infecciosos de la infancia, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, enfermedades crónico-degenerativas, neoplasias y tratamientos medicamentosos.

Etiología. Es la ciencia centrada en el estudio de la causalidad de la enfermedad. En medicina, patogénesis se refiere al origen de la enfermedad. Así, tenemos principalmente patogénesis genética, congénita, infecciosa, parasitaria, traumática, isquémica, neoplásica y degenerativa. En este sentido, el agente causal actúa en el organismo a nivel molecular, celular o tisular, generando efectos y modificaciones.

Morfo-fisiopatología. Es la rama de la medicina que explica por qué y cómo responde el organismo ante la agresión causal, lo cual lleva a la aparición de los síntomas y los signos de la enfermedad. En este sentido, esta respuesta del organismo se da a nivel molecular, celular o tisular donde se generan mecanismos fisiopatológicos como la inflamación, la isquemia, la neoplasia o la degeneración, a partir de los cuales aparecen las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Diagnóstico sindromático. Se realiza al identificar e integrar sus síntomas y signos con base en una misma explicación morfo-fisiopatológica, pudiendo tener diversas causas.

Existen diversos tipos de razonamientos aplicables al diagnóstico clínico sindromático.⁶

Entre los más útiles tenemos: el razonamiento inmediato condicional del tipo “si... Entonces...”, El razonamiento mediato inductivo y el razonamiento mediato deductivo.

En el **razonamiento inmediato condicional del tipo “si... Entonces...”**, Se parte de un juicio condicional que se conecta con una consecuencia inmediata. Ejemplos:

Ejemplo 1. **Si** el paciente presenta hipertermia, calofrío, cefalalgia y taquicardia, **entonces** tiene un síndrome febril.

Ejemplo 2. **Si** el paciente se golpeó el cráneo y presenta vómito, visión borrosa y edema papilar, **entonces** tiene un síndrome de hipertensión endocraneana.

Ejemplo 3. **Si** el paciente ingirió alimentos contaminados y presenta dolor abdominal, vómito y diarrea, **entonces** tiene un síndrome de gastroenteritis.

En el **razonamiento mediato de tipo inductivo** se parte de juicios o premisas que plantean casos particulares y se llega a una conclusión general que tiene algo de más que no estaba en las premisas. Ejemplos:

Ejemplo 1

Premisas:

- ▶ La señora sánchez tiene antecedente hereditario de hipertensión, es obesa y ha estado sometida a estrés prolongado por lo que presenta un síndrome de hipertensión arterial sistémica.
- ▶ El señor gonzález tiene antecedente hereditario de hipertensión, es obeso y ha estado sometido a estrés prolongado por lo que presenta un síndrome de hipertensión arterial sistémica.
- ▶ La señora perez tiene antecedente hereditario de hipertensión, es obesa y ha estado sometida a estrés prolongado por lo que también presenta un síndrome de hipertensión arterial sistémica.

Conclusión:

Por lo tanto, todos los pacientes que tienen antecedentes hereditarios de hipertensión arterial sistémica son obesos y han estado sometidos a estrés prolongado, desarrollan el síndrome de hipertensión arterial sistémica.

Ejemplo 2

Premisas:

- ▶ El señor lópez tiene antecedente hereditario de diabetes, es obeso, ha estado sometido a estrés prolongado y presenta poliuria, polidipsia y pérdida de peso, encontrándosele diabetes mellitus.
- ▶ La señora torres tiene antecedente hereditario de diabetes, es obesa, ha estado sometida a estrés prolongado y presenta poliuria, polidipsia y pérdida de peso, encontrándosele también diabetes mellitus.

Conclusión:

Por lo tanto, todos los pacientes con antecedente hereditario de diabetes, que son obesos, que han estado sometidos a estrés prolongado y presentan poliuria, polidipsia y pérdida de peso, están enfermos de diabetes mellitus.

En **el razonamiento mediato de tipo deductivo** se parte de premisas o juicios generales y se llega a una conclusión particular. Ejemplos:

Ejemplo 1

Premisas:

- ▶ Todos los pacientes epilépticos presentan crisis recurrentes con manifestaciones clínicas semejantes que pueden ser motoras, sensoriales o de las funciones cerebrales superiores.
- ▶ El niño pedrito presenta convulsiones generalizadas recurrentes.

Conclusión:

Por lo tanto, pedrito padece el síndrome de epilepsia.

Ejemplo 2

Premisas:

- ▶ Todos los pacientes con parasitosis intestinal presentan hiporexia, dolor abdominal y cambios en las evacuaciones.
- ▶ La niña Lucero presenta hiporexia, dolor abdominal y cambios en las evacuaciones.

Conclusión:

Por lo tanto, Lucero padece el síndrome de parasitosis intestinal.

Niveles de integración del diagnóstico (ejemplo) ⁷

Criterio empleado	Anatomo-topográfico	Sintomático	Signológico	Sindromático	Etiológico	Nosológico	Integral
Ubicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orofaringe ▪ Repercusiones sistémicas 						
Entrevista		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor faríngeo ▪ Cefalalgia ▪ Astenia 					
Examen físico			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hiperemia faríngea ▪ Hipertrofia amigdalina ▪ Hipertermia ▪ Taquicardia 				
Fisiopatología Proceso inflamatorio				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faringitis ▪ Fiebre 			
Estudios paraclínicos Cultivo de exudado					Estreptococo beta-hemolítico		
Terapéutica empleada						Faringo-amigdalitis estreptocócica tratada con anti-inflamatorios y antibióticos	
Contexto socio-económico y cultural							Faringo-amigdalitis en un paciente de nivel socio-económico y cultural bajos.

Estudios paraclínicos. Son aquellas valoraciones que proporcionan signos complementarios para precisar el diagnóstico del enfermo. En este sentido, se incluyen exámenes funcionales (examen general de orina, pruebas de funcionamiento hepático, electrocardiograma, etc.), Cultivos bacterianos, radiografías simples y contrastadas, tomografías de regiones corporales, etc.

Plan para el manejo terapéutico general. Es el conjunto de acciones propuestas para recuperar la salud del enfermo. Incluye lo siguiente:

- A) *medidas generales:* alimentación saludable, reposo relativo, aislamiento, uso de ropa adecuada.
- B) *medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos:* analgésicos, antibióticos y otros medicamentos, en dosis y por tiempo adecuados; valoración y atención quirúrgica específica.
- C) *información al paciente y su familia acerca del problema.*
- D) *citas para seguimiento y control.*

Complicaciones. Son estadios desfavorables del padecimiento que afectan negativamente el pronóstico del enfermo.

Bibliografía

1. Carrera de médico cirujano. Plan de estudios. México. Enep zaragoza, unam. 1990. 331 Páginas. Disponible en: https://www.Zaragoza.Unam.Mx/wp-content/portalfesz2019/licenciaturas/medico/plan_estudios_medico_cirujano.Pdf
2. Contreras-gonzález n, trejo-lópez ja. Manual para la exploración neurológica y las funciones cerebrales superiores. 4ª. Edición. México. Fes zaragoza, unam – el manual moderno s. A. 2013.
3. Jinich h. Síntomas y signos cardinales de las enfermedades. 5ª: edición. México. El manual moderno. 2009.
4. Aguilar-espíndola mc. Semiología de las principales manifestaciones clínicas. Ciudad de México. Fes zaragoza, unam. 2021 Disponible en: <https://www.Zaragoza.Unam.Mx/wp-content/portal2015/publicaciones/libros/csociales/semiologia-elect.Pdf>
5. Moiso a. Determinantes de la salud. Capítulo 6. En: barragán hl. Fundamentos de salud pública. La plata, argentina. 2007. Pp. 161-190.
6. Nava-segura j. El pensamiento lógico. Capítulo 11. En: nava sj, peláez ss, reyes tj. El lenguaje y las funciones cerebrales superiores. México. Impresiones modernas s. A. 1979.
7. Martínez cf. Consulta médica y entrevista clínica. México, d. F. Impresiones modernas s. A. 1979.

La piel y el sistema musculoesquelético

Caso clínico integrador para discusión no. 1

Paciente del sexo femenino de 8 años, llevada a la consulta médica por padecimiento de 3 días de duración, caracterizado por lesiones localizadas en el labio superior de la boca, consistentes en vesículas, pústulas y costras melicéricas dolorosas al desprendimiento, dejando ver exulceraciones de forma irregular y límites bien definidos, con exudado seropurulento.

1. Describa usted la semiología del dolor.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontraren ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 2

Paciente del sexo masculino de 15 años que acude a la consulta médica por padecimiento de 4 días de duración, caracterizado por lesiones cutáneas localizadas en la región infraescapular derecha, consistentes en placas eritematosas circulares, de 2 a 3 cm de diámetro, de bordes activos con pequeñas pápulas y vesículas, algunas costras hemáticas y huellas de rascado.

1. Describa usted la semiología del prurito.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 3

Paciente del sexo masculino de 6 años, llevado a la consulta médica por padecimiento de 6 meses de duración, caracterizado por lesiones cutáneas localizadas en la región occipital, consistentes en placas múltiples, pseudoalopécicas, con escamas blanco-grisáceas y escasas huellas de rascado.

1. Describa usted la semiología del prurito.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta, medidas generales, medicamentos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 4

Paciente del sexo femenino de 7 años, llevada a la consulta médica por padecimiento de 2 semanas de duración, caracterizado por lesiones cutáneas localizadas en la región occipital, consistentes en escoriaciones por rascado, costras hemáticas y algunas costras melicéricas, observándose larvas adheridas al pelo y algunos parásitos adultos; la higiene personal es muy deficiente.

1. Describa usted la semiología del prurito.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio a seguir con relación a los estudios paraclínicos de padecimientos como el del caso presentado?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos, información a la familia sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 5

Paciente del sexo masculino de 12 años que es llevado a la consulta médica por padecimiento de 3 semanas de duración, caracterizado por lesiones cutáneas diseminadas, afectando escroto, caras antero-mediales de ambos muslos y espacios interdigitales de las manos, consistentes en eritema, vesículas, pápulas decapitadas, costras hemáticas y huellas de rascado, llegando a la liquenificación en algunas de las zonas afectadas.

1. Describa usted la semiología del prurito.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio a seguir, con relación a los estudios paraclínicos de padecimientos como el del caso presentado?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de padecimientos como el del caso presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 6

Paciente del sexo femenino de 12 años, llevada a la sala de urgencias de un hospital general por padecimiento de una hora de duración; se sabe que sufrió accidente en el hogar al caerle una olla de agua caliente en el miembro superior derecho.

A la exploración física, se encuentra paciente angustiada, quejumbrosa, con facies dolorosa y poco cooperadora; se aprecia todo el miembro superior derecho afectado por eritema, flictenas de diverso tamaño y dolor al tacto; el área afectada es húmeda, discretamente edematizada y con hipomovilidad.

1. Describa usted la semiología del dolor.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
7. ¿Qué porcentaje de superficie corporal se encuentra afectada por el padecimiento en esta enferma?
8. Explique usted la clasificación clínica de padecimientos como el presentado e identifique las características particulares del mismo.
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para suseguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 7

Paciente del sexo masculino de 8 años, llevado a la sala de urgencias de un hospital general por padecimiento de una hora de duración; al interrogar a sus acompañantes se sabe que, al estar jugando con otros niños, repentinamente presentó llanto, refiriendo dolor en el antebrazo derecho, el cual aumentaba con los movimientos.

A la exploración física, se encuentra paciente angustiado, quejumbroso, con facie dolorosa y poco cooperador; se aprecia aumento de volumen y angulación en la unión del tercio medio con el tercio distal del antebrazo derecho, con marcada dificultad para realizar movimientos con la mano derecha; a la palpación se hace evidente el dolor, llegándose a percibir crepitación ósea en este sitio; no se aprecian otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor.
2. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
3. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. Explique la etiología de este padecimiento y el mecanismo de acción de la fuerza.
6. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
7. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
8. Explique usted la clasificación clínico-radiográfica de padecimientos como el presentado e identifique las características particulares del mismo.
9. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
10. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
11. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 8

Paciente del sexo masculino de 8 años, llevado a la consulta médica por padecimiento de 2 horas de duración; al interrogarlo, se sabe que sufrió una herida por inversión del pie derecho al ir corriendo por la calle, por lo que se queja de dolor en la articulación del tobillo derecho y dificultad para apoyar el pie.

A la exploración física, se encuentra un paciente angustiado y quejumbroso, con facies dolorosa y poco cooperador; se aprecia tumefacción y discreta equimosis en la cara lateral de la articulación del tobillo derecho; se aprecia gran dificultad y manifestaciones de dolor al realizar movimientos activos y pasivos con dicha articulación; no existen otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor.
2. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
3. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
6. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontraren ellos?
7. Explique usted la clasificación clínica de padecimientos como el presentado e identifique las características particulares del mismo.
8. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 9

Paciente del sexo masculino de 5 años, llevado a la sala de urgencias de un hospital general por padecimiento de media hora de duración; se sabe que sufrió accidente en el hogar al caer a una tina de agua caliente que estaba en el patio.

A la exploración física, se encuentra paciente angustiado, quejumbroso, llanto con lágrimas, facies dolorosa y poco cooperador; el área afectada por el padecimiento comprende la parte inferior del tronco, desde una línea transversal a nivel del borde costal, los genitales y ambos muslos hasta las rodillas, y está caracterizada por eritema, flictenas, dolor al tacto, la zona es húmeda, discretamente edematizada y con hipomovilidad.

1. Describa usted la semiología del dolor.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
7. ¿Qué porcentaje de superficie corporal se encuentra afectada por el padecimiento de este enfermo?
8. Explique usted la clasificación clínica de padecimientos como el presentado e identifique las características particulares del mismo.
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 10

Paciente del sexo masculino de 15 años, llevado a la sala de urgencias de un hospital general por presentar dolor y deformidad en el hombro izquierdo, secundarios a traumatismos recibidos en una riña callejera.

A la exploración física, se encuentra paciente angustiado, con facie dolorosa y actitud antálgica; el miembro superior izquierdo se encuentra en rotación medial y aducción; se aprecia depresión del hombro izquierdo, palpándose la cabeza humeral por debajo de la articulación acromioclavicular y desplazada hacia la región infraclavicular, maniobra que resulta muy dolorosa; existe marcada disfunción tanto a movimientos activos como pasivos; no se encuentra crepitación ósea.

1. Describa usted la semiología del dolor.
2. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
3. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
6. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera encontrar en ellos?
7. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
8. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
9. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 11

Paciente del sexo masculino de 30 años, llevado a la sala de urgencias de un hospital general por padecimiento de una hora de duración; al interrogar a sus acompañantes, se sabe que lo encontraron en la vía pública quejándose de dolor en el miembro inferior derecho, el cual aumenta con los movimientos.

A la exploración física se encuentra: f. C. Y pulso 100 lpm., T. A. 100/70 Mm hg.; Paciente encamillado, quejumbroso, pálido, con facie dolorosa, aliento alcohólico, mal estado de higiene y poco cooperador; en la región media de la pierna derecha se aprecia aumento de volumen y angulación, con gran dificultad para realizar movimientos activos con dicho miembro; a la palpación se hace patente el dolor, llegándose a percibir crepitación en el sitio afectado; con excepción de lo anterior, no se aprecian otras lesiones corporales.

1. Describa usted la semiología del dolor.
2. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
3. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. Explique usted la etiología de este padecimiento y el mecanismo de acción de la fuerza lesionante.
6. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica del padecimiento de este enfermo?
7. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
8. Explique usted la clasificación clínico-radiográfica de padecimientos como el del caso presentado e identifique las características particulares del mismo.
9. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento.
10. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento.
11. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 12

Paciente del sexo femenino de 62 años, originaria y residente del medio rural, llevada a la consulta médica del centro de salud de la localidad, por padecimiento de media hora de duración; se sabe, al estar caminando por el jardín de su casa, sintió que su pie izquierdo se atoró con un alambre que estaba entre el pasto, presentando de manera brusca y repentina dolor en la región del tobillo, por lo que ya no pudo apoyar dicho miembro ni caminar.

A la exploración física se encontró lo siguiente: f. C. Y pulso 90 lpm., T. A. 130/90 Mm hg. F.R. 28 Vpm. Y temperatura normal; paciente mesomórfica, con facies dolorosa, discretamente pálida, quejumbrosa pero cooperadora; el miembro inferior izquierdo se aprecia deformado en eversión a nivel del tobillo, con edema importante y equimosis de predominio medial y lateral, con aumento de la temperatura local; existe imposibilidad para realizar movimientos activos con dicha articulación; al intentar movilizar pasivamente se exacerban las manifestaciones de dolor, llegándose a percibir crepitación ósea en la cara lateral; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor.
2. ¿Qué otros antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
3. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. Explique usted la etiología de este padecimiento y el mecanismo de acción de la fuerza que causa la lesión.
6. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica del padecimiento de esta enferma?
7. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
8. Explique usted la clasificación clínico-radiográfica de padecimientos como el del caso presentado e identifique las características particulares del mismo.
9. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento.
10. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento.
11. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Bibliografía

1. Saúl a. Lecciones de dermatología. 16ª edición. México. Mcgraw hill. 2015.
2. Arenas gr. Dermatología: atlas, diagnóstico y tratamiento. 7ª edición. México. Mcgraw hill. 2019.
3. Martínez fm. Traumatología y ortopedia para el grado en medicina. España. Elsevier. 2015. Disponible en e-book.
4. Salter rb. Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético. 3ª edición. México. Elsevier. 2000.
5. Carrera de médico cirujano. Módulo la piel y el sistema musculoesquelético, segundo año. Fes zaragoza, unam. 2013. Disponible en: https://www.Zaragoza.Unam.Mx/wp-content/portal2015/licenciaturas/medico/programasacademicos/2/piel_musculo.Pdf

El aparato respiratorio

Caso clínico integrador para discusión no. 1

Paciente del sexo masculino de 6 años, llevado a la consulta médica por padecimiento de 2 días de duración, caracterizado por la aparición progresiva de estornudos, hiperemia conjuntival y epífora, acompañados de hipertermia no cuantificada, hiporexia y cefalalgia.

A la exploración física se encuentra: peso 20 kg., Estatura 124 cm., F.C. Y pulso 110 lpm., F.R. 28 Vpm. Y temperatura 37.5°C; paciente con moderado ataque al estado general e hipodinamia discreta; se aprecia rinorrea, estornudos, congestión e hiperemia de la mucosa nasofaríngea, con rudeza ventilatoria a la auscultación del tórax; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la rinorrea.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de 101 padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio en relación con los estudios paraclínicos en padecimientos como el del caso presentado?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 2

Paciente del sexo masculino de 2 años, llevado a la consulta médica por padecimiento de 2 días de duración, caracterizado por estornudos, rinorrea y tos. Desde hace unas horas presenta estridor laríngeo y “tos de perro”.

A la exploración física: peso 12 kg, estatura 80 cm; fc y pulso 116 lpm, f. R. 40 Vpm y temperatura 37.5°C; paciente tranquilo, con ligero tiraje intercostal, auscultación pulmonar normal, pero al llorar o toser presenta estridor inspiratorio ronco.

1. Describa usted la semiología del estridor laríngeo.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio a seguir en relación con los estudios paraclínicos en padecimientos como el del caso presentado?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 3

Paciente del sexo masculino de 18 años que acude a la consulta de medicina general por padecimiento de 4 días de duración, caracterizado por cefalalgia frontal, rinorrea y halitosis.

A la exploración física se encuentra: peso 60 kg, estatura 162 cm; f. C. Y pulso 72 lpm, t. A. 120/80 Mm hg; f. R. 24 Vpm y temperatura normal; existe hiperestesia cutánea y dolor a la presión en la región frontal; se aprecia rinorrea mucu-purulenta, disfonía y halitosis.

1. Describa usted la semiología de la rinorrea.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio a seguir en relación con los estudios paraclínicos en padecimientos como el del caso presentado?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 4

Paciente del sexo femenino de 45 años que acude a la consulta de medicina general por padecimiento de 24 horas de duración, caracterizado por inicio brusco con cefalalgia intensa, dolor ocular, mialgias generalizadas, hipertermia hasta de 39°C, hiporexia y gran decaimiento, molestias que tienden a disminuir, agregándose el día de hoy estornudos, rinorrea acuosa, disfonía, tos seca y dolor torácico retroesternal que se intensifica con la tos.

A la exploración física se encuentra: peso 70kg., Estatura 160 cm., F.C. Y pulso 100 lpm., T.A. 150/90 Mm hg., F.R. 20 Vpm. Y temperatura 39°C; paciente con moderado ataque al estado general, con astenia e hipodinamia; se aprecia rinorrea hialina, congestión e hiperemia de la mucosa nasofaríngea y tos; a la auscultación del tórax se aprecia rudeza ventilatoria y estertores bronquiales escasos; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la tos.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio en relación con los estudios paraclínicos en padecimientos como el del caso presentado?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 5

Paciente del sexo masculino de 8 años llevado a la consulta médica por padecimiento de 3 días de duración, caracterizado por dolor faríngeo, disfagia, hipertermia continua no cuantificada, disminución de su actividad física habitual e hiporexia.

A la exploración física se encuentra: peso 22 kg., Estatura 125 cm., F.C. Y pulso 120 lpm., F.R. 32 Vpm. Y temperatura 39°C; paciente con ataque al estado general, facies rubicunda, con piel y mucosas ligeramente deshidratadas y poco cooperador; se aprecia orofarínge hiperémica, con amígdalas hipertróficas y crípticas, con puntillero purulento; se palpan nódulos linfoides amigdalinos crecidos y dolorosos en forma bilateral; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor faríngeo.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 6

Paciente del sexo masculino de 12 años, llevado a la consulta médica; tiene antecedente de padecimiento de vías respiratorias altas desde hace 4 días; inicia su padecimiento actual hace 24 horas con astenia, hipodinamia, hiporexia e hipertermia de 39°C; además, dolor torácico localizado en la región basal derecha que se exacerba con los movimientos ventilatorios, tos productiva de esputo herrumbroso, sin predominio de horario.

A la exploración física se encuentra: peso 36 kg., Estatura 144 cm., F.C. Y pulso 120 lpm., F.R. 40 Vpm., T.A. 110/70 Mm hg. Y temperatura 39°C; paciente con gran ataque al estado general, quejumbroso, con facies dolorosa, piel y mucosas moderadamente deshidratadas, que presenta accesos frecuentes de tos productiva de esputo herrumbroso; se aprecia disnea acentuada, aleteo nasal, cianosis peribucal y tiros intercostales de predominio derecho; en la región basal del hemitórax derecho se aprecia hipomovilidad, transmisión de la voz y vibraciones vocales aumentadas, matidez, estertores crepitantes y soplo tubario; no existe ingurgitación yugular y el abdomen es normal.

1. Describa usted la semiología de la tos.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. Explique usted la clasificación anatomo-clínica de padecimientos como el del caso presentado e identifique las características particulares del mismo.
10. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
11. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 7

Paciente del sexo masculino de 35 años que acude a la consulta médica por padecimiento de 4 meses de duración, caracterizado por astenia, hipodinamia, hiporexia, pérdida no cuantificada de peso, hipertermia intermitente de predominio vespertino, dolor torácico localizado en la región apical del hemitórax derecho, tos productiva de esputo mucu-purulento que últimamente se ha vuelto hemoptoico; ha recibido múltiples medicamentos sin notar mejoría.

A la exploración física se encuentra: peso 55 kg., Estatura 164 cm., F.C. Y pulso 90 lpm., T.A. 110/70 Mm hg., F.R. 26 Vpm. Y temperatura 37.8°C; paciente adelgazado, con moderado ataque al estado general, palidez de piel y mucosas, que presenta tos productiva; a la exploración del tórax se aprecia hipo-movilidad, vibraciones vocales aumentadas, submatidéz y soplo tubario en regiones apical y escapular del hemitórax derecho, con estertores crepitantes gruesos en ambas regiones apicales; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la tos.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 8

Se trata de paciente del sexo masculino de 6 años, traído a urgencias por su madre por presentar dificultad respiratoria; inicia hace 48 horas, con tos, sibilancias audibles a distancia y cianosis peribucal. Ahf: madre asmática y padre con tabaquismo +. App cuadros repetitivos de bronquiolitis iniciando desde los 3 meses de edad que han ameritado hospitalización en 3 ocasiones.

A la exploración física: f. C. Y pulso 120 lpm, f. R. 42 Vpm, temperatura 37°C; paciente inquieto con disnea y cianosis peribucal y deshidratación de mucosa oral; en tórax se observa tiraje intercostal y supraesternal, a la auscultación campos pulmonares con sibilancias, área cardíaca con revoluciones rítmicas, sin más datos.

1. Describa usted la semiología de las sibilancias.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 9

Paciente del sexo masculino de 52 años que acude a la consulta acompañado de su esposa, por padecimiento de 3 años de duración, caracterizado por la aparición progresiva de las siguientes manifestaciones clínicas: ronquido, pausas respiratorias durante el sueño, despertares con sensación de asfixia, nicturia, cefalalgia y sequedad de boca al despertar, sensación de sueño poco reparador y somnolencia excesiva diurna; en el último año se ha agregado dificultades para la concentración, la memoria e irritabilidad y ha tenido menor rendimiento en su trabajo; sin tratamiento previo.

A la exploración física se encuentra: peso 98 kg; estatura 164 cm; fc y pulso 90 lpm; f. R. 30 Vpm; t. A. 160/90 Mm hg; temperatura normal. Paciente sin ataque al estado general, endomórfico y colaborador. En la orofarínge se aprecia lengua gruesa, úvula redundante e hipertrofia amigdalina de segundo grado; campos pulmonares bien ventilados; abdomen con abundante panículo adiposo.

1. Describa usted la semiología del ronquido.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindrómicos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 10

Paciente del sexo femenino de 5 años, llevada a la consulta médica por padecimiento de 2 días de duración, caracterizado por la aparición progresiva de estornudos, rinorrea, hiperemia conjuntival y epífora, acompañados de hipertermia no cuantificada, tos escasa y seca e hiporexia.

A la exploración física se encuentra: peso 18 kg., Estatura 115 cm., F.C. Y pulso 100 lpm., F.R. 24 Vpm. Y temperatura 37.5°C; paciente con ligero ataque al estado general, discretamente asténica y colaboradora; se corrobora la presencia de estornudos y rinorrea; se aprecia congestión e hiperemia de la mucosa nasofaríngea, así como rudeza ventilatoria a la auscultación del tórax; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la rinorrea.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio a seguir en relación con los estudios paraclínicos en padecimientos como el del caso presentado?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 11

Paciente del sexo femenino de 18 meses, tras 3 días de moco nasal y tos, es llevada a consulta a las 11 de la noche porque ha empezado con tos ronca y ruido al respirar.

A la exploración física: peso 11 kg, f. C. Y pulso 128 lpm, f. R. 44 Vpm y temperatura 38°C; presenta moderado atasco al estado general con coloración adecuada; se le hunde el pecho al respirar, tiene tos ronca y estridor laríngeo inspiratorio.

1. Describa usted la semiología del estridor laríngeo.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio a seguir en relación con los estudios paraclínicos en padecimientos como el del caso presentado?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 12

Paciente del sexo femenino de 60 años que acude a la consulta de medicina general por padecimiento de 4 días de duración, caracterizado por cefalalgia frontal, rinorrea y halitosis.

A la exploración física se encuentra: peso 80 kg, estatura 162 cm; f. C. Y pulso 90 lpm, t. A. 140/90 Mmhg, f. R. 28 Vpm y temperatura normal; existe hiperestesia cutánea y dolor a la presión en la región frontal; se aprecia rinorrea mucu-purulenta, disfonía y halitosis.

1. Describa usted la semiología de la rinorrea.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio a seguir en relación con los estudios paraclínicos en padecimientos como el del caso presentado?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 13

Paciente del sexo masculino de 20 años que acude a la consulta médica por padecimiento de 2 días de duración, el cual se inició bruscamente con cefalalgia intensa, dolor ocular, mialgias generalizadas, hipertermia de 39°C, astenia, hipodinamia e hiporexia; estas molestias tienden a disminuir, agregándose el día de hoy estornudos, rinorrea hialina, disfonía, dolor torácico traqueobronquial desencadenado por tos seca.

A la exploración física se encuentra: peso 68 kg., Estatura 170 cm., F.C. Y pulso 100 lpm., T.A. 130/80 Mm hg., F.R. 28 Vpm y temperatura 38°C; paciente con moderado ataque al estado general, con facies rubicunda, disfónico, que presenta accesos intermitentes de tos que tiende a ser húmeda, cooperador; se aprecia rinorrea hialina, congestión e hiperemia de la mucosa nasofaríngea; a la auscultación del tórax se percibe rudeza ventilatoria y escasos estertores bronquiales gruesos; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor torácico traqueobronquial.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio a seguir en relación con los estudios paraclínicos en padecimientos como el del caso presentado?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 14

Paciente del sexo femenino de 4 años llevada a la consulta médica por padecimiento de 2 días de duración, caracterizado por dolor faríngeo, hipertermia, hiporexia y disminución de su actividad física habitual.

A la exploración física se encuentra: peso 16 kg., Estatura 100 cm., F.C. Y pulso 110 lpm., F.R. 36 Vpm. Y temperatura 37°C; paciente sin ataque al estado general, con piel y mucosas ligeramente deshidratadas, cooperadora; se aprecia orofarínge hiperémica con amígdalas discretamente hipertróficas; se palpan nódulos linfoides amigdalinos discretamente crecidos y dolorosos en forma bilateral; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor faríngeo.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 15

Paciente del sexo femenino de 5 años, llevada a la consulta médica; padeció infección de vías respiratorias superiores en los últimos días; inició su padecimiento actual hace 2 días con tos productiva, cianosante, emetizante en tres ocasiones y disneisante las últimas 24 horas, agregándose hipertermia intensa no cuantificada.

A la exploración física se encuentra: peso 16 kg., Estatura 104 cm., F.C. Y pulso 132 lpm., F.R. 48 Vpm. Y temperatura 39°C; paciente quejumbrosa, con gran ataque al estado general, que presenta accesos de tos, con piel y mucosas ligeramente deshidratadas, con rubicundez facial, aleteo nasal, cianosis peribucal y poco cooperadora; se aprecia orofaringe hiperémica y tiros intercostales; en los campos pulmonares se ausculta rudeza ventilatoria con estertores crepitantes diseminados en ambos lados; la parte distal de las extremidades se encuentra ligeramente cianótica.

1. Describa usted la semiología de la tos.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindrómicos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. Explique usted la clasificación anatómico-clínica de padecimientos como el del caso presentado e identifique las características particulares del mismo.
10. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
11. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 16

Paciente del sexo masculino de 10 años, originario del estado de Veracruz, llevado a la consulta médica por padecimiento de 4 meses de duración, caracterizado por tos, hipertermia no cuantificada de predominio vespertino, astenia, hipodinamia, hiporexia y pérdida de peso no cuantificada; ha recibido múltiples tratamientos medicamentosos sin obtener mejoría.

A la exploración física se encuentra: peso 24 kg., Estatura 126 cm., F.C. Y pulso 110 lpm., F.R. 28 Vpm. y temperatura 37.5°C; paciente con moderado ataque al estado general, adelgazado, con palidez de piel y mucosas; orofarínge con moderada hipertrófia amigdalina; se aprecia tos y estertores bronquiales en ambos campos pulmonares; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la tos.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 17

Paciente del sexo masculino de 64 años que acude a la consulta médica por padecimiento de dos días de duración, caracterizado por mialgias, artralgias, hipodinamia, hiporexia, discreta hipertermia, agregándose el día de hoy hiposmia y disnea de moderados esfuerzos.

A la exploración física se encuentra: peso 70 kg., Estatura 160 cm., F.C. Y pulso 90 lpm., T.A. 130/84 Mm hg., F.R. 28 Vpm. Y temperatura 37.5°C; paciente con moderado ataque al estado general; a la exploración del tórax se aprecia discreta rudeza ventilatoria a la auscultación, sin otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la disnea.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Bibliografía

1. Cosío villegas, celis s.A. Cosío pm y urbina a m a. Neumología.17ª. Edición. México. Méndez editores 2006.
2. Révora g. Semiología del aparato respiratorio. México.Méndez editores. 2002.
3. González j.F. Diagnóstico y tratamiento en neumología. México manual moderno 2008.
4. Briones qms, López hma, Peña rs, Torres vm y zarco vas. Manual para la exploración de la cavidad oral y la orofarínge. México. Fes zaragoza, unam. 2016 Disponible en: <https://www.Zaragoza.Unam.Mx/manuales/---->
5. Carrera de médico cirujano. Módulo el aparato respiratorio, segundo año. Fes zaragoza, unam. 2013. Disponible en: https://www.Zaragoza.Unam.Mx/wp-content/portal2015/licenciaturas/medico/programasacademicos/2/modulo_2.Pdf

El aparato cardiovascular

Caso clínico integrador para discusión no. 1

Paciente del sexo masculino de 5 años, traído por su madre a la consulta porque ha notado que su crecimiento ha sido menor al de otros niños de su edad; tiene antecedentes de bronquitis de repetición y hace algún tiempo un médico le dijo que tenía un soplo en el corazón; al decir de la madre, el niño se fatiga mucho con el ejercicio intenso, pero nunca ha presentado cianosis.

A la exploración física se encuentra: peso 15 kg., Estatura 102 cm., F.C. Y pulso 90 lpm, f. R. 25 Vpm y temperatura 36.5°C; paciente con edad aparente menor a la cronológica, hipo-desarrollado, sin ataque al estado general, con piel y mucosas de buena coloración; se aprecia área precordial discretamente aumentada de volumen, con el latido apexiano a nivel del 5o. Espacio intercostal izquierdo y línea mamaria, se palpa thrill sistólico en el 4o. Espacio intercostal izquierdo al lado del esternón, auscultándose en ese mismo sitio un soplo holo-sistólico intenso (grado iii de iv) con reforzamiento del segundo ruido en el foco pulmonar. Resto sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la disnea.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 2

Paciente del sexo femenino de 12 años, llevada a la consulta médica por padecimiento de 2 semanas de duración que inició con astenia, hipodinamia, hiporexia e hipertermia no cuantificada; hace una semana apareció dolor, aumento de volumen, enrojecimiento e incapacidad funcional de la rodilla izquierda, manifestaciones que han desaparecido en el momento actual, pero molestias similares inician ahora en la articulación del codo derecho; en los últimos dos días se ha quejado de dolor precordial discreto.

A la exploración física se encuentra: peso 29 kg., Estatura 135 cm., F.C. Y pulso 120 lpm., F.R. 30 Vpm. Y temperatura 38.5°C; paciente delgada, con ataque al estado general, con piel y mucosas pálidas; orofarínge hiperémica, con amígdalas hipertróficas y puntillero purulento; nódulos linfoides amigdalinos crecidos y dolorosos; área precordial con ápex en el 5o. Espacio intercostal izquierdo y línea medio-clavicular, se palpa discreto thrill en el foco mitral, se ausculta taquicardia con ruidos cardiacos rítmicos y soplo holosistólico fuerte (grado iv de vi) en el foco mitral que no se modifica con los cambios de posición en la paciente; la articulación del codo derecho se encuentra aumentada en volumen y temperatura local, enrojecida y con dolor a la movilización; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor precordial.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 3

Paciente del sexo femenino de 35 años que acude a la consulta médica por padecimiento de 4 meses de duración, caracterizado por cefalalgia de predominio matutino; desde hace un mes se agregaron episodio de visión borrosa y sensación vertiginosa al levantarse de la cama; además, ha tenido palpitaciones cada vez más frecuentes; ella es una madre de tres hijos, soltera, trabaja como secretaria y en los últimos meses ha tenido serios conflictos con su jefe.

A la exploración física se encuentra: peso 75 kg., Estatura 158 cm., F.C. 90 Lpm., T.A. 170/105 Mm hg., Pulsos arteriales intensos y amplios; paciente angustiada, cooperadora, sin ataque al estado general; en el área precordial se aprecia choque de la punta del corazón enérgico, desplazado ligeramente a la izquierda y abajo, se ausculta taquicardia y reforzamiento del segundo ruido en el foco aórtico; se aprecia discreto edema en los miembros inferiores; no se aprecian otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la cefalalgia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontraren ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 4

Paciente del sexo femenino de 50 años que acude a la consulta médica por padecimiento de 5 años de duración, caracterizado inicialmente por dilatación venosa, dolor, sensación de pesantez y cansancio en la parte distal de los miembros inferiores, molestias que se han venido intensificando con el paso del tiempo; en los últimos años se ha agregado edema y en los últimos meses dolor ardoroso y prurito en torno a las venas dilatadas.

A la exploración física se encuentra: peso 80 kg., Estatura 158 cm., F.C. Y pulso 80 lpm., T.A. 150/90 Mm hg. Y f.R. 28 Vpm.; Paciente tranquila, endomórfica, cooperadora y sin ataque al estado general; área precordial con ruidos cardiacos rítmicos disminuidos en intensidad; en la parte distal de los miembros inferiores se aprecia piel ocre, brillante, con descamación y huellas de rascado, venas dilatadas y tortuosas, edema hasta el tercio medio de la pierna, con manifestaciones de dolor a la compresión; los pulsos arteriales están conservados y no se encuentran otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología del edema.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindrómicos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio respecto a los estudios paraclínicos en el diagnóstico de este padecimiento?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 5

Paciente del sexo masculino de 38 años, administrador de una empresa, que acude a la consulta médica por padecimiento de 3 meses de duración, caracterizado por episodios que se presentan una vez a la semana con las siguientes molestias: en el momento de un conflicto en su trabajo o una discusión acalorada se queja de dolor precordial de tipo opresivo, intenso, referido también hacia cuello, hombro y brazo izquierdos, que se acompaña de palpitaciones, disnea, angustia y en una ocasión de lipotimia, el dolor se calma y desaparece en unos 5 minutos después de guardar reposo; el día de ayer aparecieron molestias similares al estar cavando una cepa y también desaparecieron al guardar reposo.

A la exploración física se encuentra: peso 75 kg., Estatura 162 cm., F.C. Y pulso 90 lpm., T.A. 140/90 Mm hg., F.R. 25 Vpm. Y temperatura normal; paciente preocupado, colaborador, sin ataque al estado general, con piel y mucosas de buena coloración; en el área precordial se aprecia el ápex en el 5o. Espacio intercostal izquierdo y línea medio-clavicular, los ruidos cardiacos son intensos y rítmicos, sin fenómenos agregados; no existe edema en los miembros inferiores ni otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la disnea.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 6

Paciente del sexo femenino de 24 años que acude a la consulta de medicina general, donde usted realiza su práctica clínica, por padecimiento de 2 años de duración, caracterizado por disnea progresiva, inicialmente de grandes esfuerzos que ha evolucionado a medianos esfuerzos en el momento actual; tos de predominio nocturno, últimamente acompañada de esputo asalmonado en una ocasión, edema discreto en los miembros inferiores, estas molestias se han intensificado en las últimas semanas debido al avance de su embarazo actual, agregándose astenia, adinamia e hiporexia.

A la exploración física usted encuentra: peso 70 kg., Estatura 156 cm., T.A. 100/60 Mm hg., F.C. 105 Lpm y pulsos débiles, f. R. 29 Vpm y temperatura 37°C; paciente inquieta, con moderado ataque al estado general, piel y mucosas de buena coloración, se aprecia discreta ingurgitación yugular; en el área precordial se aprecia el ápex en el 6^o espacio intercostal izquierdo a 2 cm, por fuera de la línea medio-clavicular, thrill y soplo holosistólico de moderada intensidad, chasquido de apertura y retumbo diastólico en el foco mitral; abdomen globoso a expensas de útero grávido con fondo uterino discretamente por arriba de la cicatriz umbilical y discreta hepatomegalia; además, se aprecia edema moderado en los miembros inferiores. El resto de la exploración sin alteraciones objetivables.

1. Describa usted la semiología de la disnea.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindrómicos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio respecto a los estudios paraclínicos en el diagnóstico de este padecimiento?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 7

Paciente del sexo masculino de 67 años, originario de Veracruz y residente de la ciudad de México, abogado; acude a consulta médica refiriendo que en los últimos 4 meses ha presentado fatigabilidad progresiva, cefalalgia generalizada de predominio matutino, ronquido al dormir e irritabilidad; tiene antecedentes de sedentarismo y obesidad de 40 años de evolución.

A la exploración física se encuentra: peso 105 kg, estatura 168 cm, t. A. 160/100 Mm hg, f. C. Y pulso 90 lpm, y f. R. 30 Vpm; paciente sin ataque al estado general con facies redondeada; área precordial con ruidos cardíacos rítmicos de baja intensidad; abdomen globoso a expensas de panículo adiposo. Cuenta con estudios de laboratorio que reportan: triglicéridos 500 mg, colesterol 350 mg, hdl 40 mg/dl y ldl 190 mg/dl.

1. Describa usted la semiología del abdomen globoso.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este enfermo.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 8

Paciente del sexo femenino de 4 años, traída por su madre a la consulta médica porque ha notado que su crecimiento ha sido menor al de otras niñas de su edad; tiene antecedentes de bronquitis de repetición y hace algún tiempo un médico le dijo que tenía un soplo en el corazón; al decir de la madre, la niña se fatiga con el ejercicio intenso, pero nunca ha presentado cianosis.

A la exploración física se encuentra: peso 14 kg., Estatura 92 cm., F.C. Y pulso 100 lpm, f. R. 25 Vpm y temperatura 36.5°C; paciente con edad aparente menor a la cronológica, hipodesarrollada, sin ataque al estado general, con piel y mucosas de buena coloración; se aprecia área precordial discretamente aumentada de volumen, con el latido apexiano a nivel del 5o. Espacio intercostal izquierdo y línea mamaria, se palpa thrill sístolo - diastólico infraclavicular izquierdo, auscultándose en ese mismo sitio un soplo continuo, como “ruido de máquina”, intenso (grado iii de iv), con reforzamiento del segundo ruido en el foco pulmonar. Resto sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del hipodesarrollo corporal.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindrómicos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 9

Paciente del sexo femenino de 10 años, traída por su madre a la consulta médica por padecimiento de una semana de duración, caracterizado por astenia, hipodinamia, hiporexia e hipertermia no cuantificada, dolor faríngeo y epistaxis en una ocasión; dolor, aumento de volumen y enrojecimiento en la rodilla derecha acompañado de dificultad para caminar.

A la exploración física se encuentra: peso 26 kg., Estatura 130 cm., F.C. Y pulso 120 lpm., F.R. 32 Vpm. Y temperatura 38^oc; paciente quejumbrosa, con ataque al estado general y facies rubicunda; orofarínge hiperémica con amígdalas hipertróficas con puntillero purulento, nódulos linfoides submandibulares crecidos y dolorosos; en el área precordial se aprecia el latido apexiano a nivel del 5o. Espacio intercostal izquierdo y por fuera de la línea medio-clavicular, se palpa thrill en el foco mitral, auscultándose taquicardia con ruidos cardiacos rítmicos y soplo holosistólico intenso (grado iii-iv) en el foco mitral; la articulación de la rodilla derecha se encuentra aumentada en volumen y temperatura local, enrojecida y con dolor a la movilización; no se encuentran otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor articular.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 10

Paciente del sexo femenino de 45 años que acude a la consulta médica por padecimiento de 6 meses de duración caracterizado por cefalalgia de predominio matutino; desde hace tres meses se agregaron episodios de visión borrosa, sensación vertiginosa y acúfenos al levantarse de la cama; además se ha presentado epistaxis en una ocasión y palpitaciones que cada vez son más frecuentes; ella es una ama de casa muy metódica y responsable y en los últimos meses ha tenido serios conflictos con su esposo.

A la exploración física se encuentra: peso 80 kg., Estatura 158 cm., F.C. Y pulso 90 lpm., T.A. 180/110 Mm hg., Paciente preocupada, cooperadora y sin ataque al estado general; en el área precordial se aprecia el choque de la punta intenso, desplazado ligeramente hacia la izquierda y abajo; se aprecia soplo sistólico de moderada intensidad y reforzamiento del segundo ruido en el foco aórtico; pulsos arteriales intensos y amplios; existe discreto edema en los miembros inferiores.

1. Describa usted la semiología de la cefalalgia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 11

Femenino de 40 años, ama de casa, que acude con dolor difuso y opresivo en extremidades inferiores desde hace un año aproximadamente y que tiende a empeorar; ingiere paracetamol ocasionalmente con lo que disminuye el dolor en forma transitoria. Entre sus antecedentes de importancia refiere ser empleada de mostrador en una panadería desde hace 4 años, trabajando 10 horas diarias, con estados emocionales reprimidos, es madre soltera con 3 hijos de 15,14 y 10 años. El último hijo nació mediante cesárea por trabajo de parto prolongado. Niega alergias.

A la exploración física: t. A. 120/70 Mm hg, fc y pulso 82 lpm, fr 20 vpm, temperatura normal, peso 70 kg, talla: 1.55 Mts; se aprecia a una mujer de edad aparente igual a la referida, cooperadora; en las extremidades inferiores se aprecia edema blando, frío, discretamente doloroso hasta tercio medio de ambas piernas; se puede observar trayectos venosos tortuosos principalmente en caras internas supramaleolares y en cara posterior de ambas piernas, no existe dolor a la palpación de dichos trayectos, y estos se colapsan fácilmente a la presión digital y a la elevación de las extremidades; no se encuentran otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología del edema.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio respecto a los estudios paraclínicos en el diagnóstico de este padecimiento?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 12

Paciente del sexo masculino de 88 años, de escolaridad primaria incompleta, jubilado desde hace 25 años, viudo, originario de sinaloa y residente en la zona oriente de la ciudad de México; acude al servicio de urgencias por presentar dolor opresivo en el epigastrio de 7 horas de duración que se ha ido incrementando, refiere haberse automedicado con analgésico desconocido y ranitidina sin presentar mejoría; cuenta con antecedentes de padres hipertensos, tabaquismo crónico, dislipidemia de 12 años de evolución tratada con atorvastatina; es hipertenso crónico.

A la exploración física: peso 91 kg, estatura 178 cm, f. C. Y pulso 59 lpm, t. A. 108/53 MmHg, f.R. 40 Vpm y temperatura 36°C; se aprecia un paciente pálido, diaforético con facies dolorosa, disneico a pequeños esfuerzos, bradicárdico, con cianosis distal discreta y extremidades frías.

1. Describa usted la semiología del dolor.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 13

Se trata de paciente del sexo masculino de 48 años, originario y residente de la ciudad de México, cuya ocupación es contador privado, quien acude a chequeo médico. Tiene antecedente de hipercolesterolemia hace 1 año, tratado con pravastatina 10 mg. 1x1, que suspende hace 5 meses; tabaquismo desde los 18 años, con 25 cigarrillos al día, hábito alcohólico de tipo social.

A la exploración física se encuentra: peso 90 kg, estatura 165 cm; ta 140/90 mm de hg, f. C. Y pulso 95 lpm, fr 26 vpm; paciente orientado y cooperador; abdomen globoso a expensas de panículo adiposo; el resto de exploración sin alteraciones. Presenta los siguientes resultados de laboratorio: colesterol total 365 mg/dl, triglicéridos 280 mg/dl, hdl 25 mg/dl y ldl 175 mg/dl.

1. Describa usted la semiología del abdomen globoso.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este enfermo.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 14

Paciente del sexo femenino de 30 años que acude a la consulta por presentar disnea progresiva de dos años de duración, inicialmente de grandes esfuerzos y en el momento actual de medianos esfuerzos; edema en los miembros inferiores; en las últimas semanas ha notado la aparición de tos nocturna y duerme con varias almohadas para evitar que le falte el aire; además ha notado astenia, hipodinamia e hiporexia.

Exploración física: peso 68 kg., Talla 1.60 M. T.A. 100/60 Mm/hg, f.C. 105 Lpm, pulsos débiles, f.R. 30 Vpm, temperatura normal. Paciente inquieta, con moderado ataque al estado general, se aprecia discreta ingurgitación yugular. En la región precordial se encuentra ápex en el 6o espacio intercostal izquierdo, 2 cm. Por fuera de la línea medio-clavicular, frémito y soplo holosistólico intenso en el foco mitral. Discreta hepatomegalia y edema moderado de miembros inferiores.

1. Describa usted la semiología de la disnea.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindrómicos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Bibliografía

1. Saturno ch. G. Cardiología. Ciudad de México. El manual moderno. 2018.
2. Espino vg. Principios de cardiología. México. Méndez editores. 2009.
3. Guadalajara bjf. Cardiología. 8ª edición. México. Méndez editores. 2018.
4. Alexánder re. Exploración cardiovascular. Bases fisiopatológicas. 2ª edición. México. El manual moderno 2017.
5. Mann Id. Braunwald. Cardiología en atención primaria. 10ª. Edición. México. Elsevier Sanders 2016.
6. Carrera de médico cirujano. Módulo el aparato cardiovascular, segundo año. Fes zaragoza, unam. 3013. Disponible en: https://www.Zaragoza.Unam.Mx/wp-content/portal2015/licenciaturas/medico/programasacademicos/2/modulo_3.Pdf

El aparato digestivo

Caso clínico integrador para discusión no. 1

Paciente del sexo masculino de 6 meses, traído por su madre a la consulta médica por padecimiento de 3 días de duración, caracterizado por evacuaciones diarreicas y número de 5 en 24 horas, vómito postprandial ocasional de contenido alimentario, hiporexia e hipertermia no cuantificada.

A la exploración física se encuentra: peso 6.5 Kg., Estatura 65 cm., F.C. Y pulso 116 lpm., F.R. 32 Rpm. Y temperatura 37°C; paciente irritable, llanto con lágrimas, fontanela anterior ligeramente hipotensa y turgencia de la piel conservada; en la cavidad oral se aprecian las mucosas ligeramente deshidratadas, la encía inferior está hiperémica y ya se asoman los primeros dientes incisivos; el abdomen está ligeramente distendido, con peristalsis aumentada, doloroso a la palpación y con discreto timpanismo; el pañal tiene evacuación semilíquida, amarillenta y fétida; el resto de la exploración sin otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la diarrea.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio respecto a los estudios paraclínicos en el diagnóstico de este padecimiento?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 2

Paciente del sexo masculino de 5 años, traído por su madre a la consulta médica por padecimiento de 2 meses de duración, caracterizado por hiporexia, disminución en la ganancia de peso, insomnio, bruxismo y prurito anal de predominio nocturno; ocasionalmente ha tenido dolor abdominal y náusea sin llegar al vómito.

A la exploración física se encuentra: peso 16.5 Kg., Estatura 105 cm., F.C. Y pulso 100 lpm., F.R. 24 Rpm. Y temperatura normal; paciente delgado, sin ataque al estado general, con higiene general y bucal deficientes; a la exploración del abdomen se aprecia como único dato dolor a la palpación profunda en la región iliaca derecha; en la región perianal existen escoriaciones por el rascado y mal estado de higiene; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del prurito anal.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 3

Paciente del sexo masculino de 32 años, obrero, que acude a la consulta médica por padecimiento de 3 meses de duración, caracterizado por periodos en que se presentan evacuaciones disminuidas en consistencia, dolor abdominal y meteorismo, alternando con periodos de constipación intestinal; en los últimos 4 días ha presentado dolor abdominal, deseo urgente de evacuar; las evacuaciones han sido 5 en 24 horas, de escasa cantidad, acompañadas de abundante moco y estrías sanguinolentas en las últimas ocasiones, seguidas de pujo y tenesmo rectales.

A la exploración física se encuentra: peso 65 kg., Estatura 170 cm., F.C. Y pulso 88 lpm., T.A. 110/70 Mm hg. Y temperatura 37.5°C; paciente delgado, quejumbroso, con moderado ataque el estado general, piel y mucosas pálidas y ligeramente deshidratadas; el abdomen está distendido, con peristalsis aumentada, el marco cólico es doloroso y existe timpanismo; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor abdominal.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontraren ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 4

Paciente del sexo femenino de un año, traída por su madre a la consulta médica por padecimiento de 3 días de duración, caracterizado por inicio brusco con evacuaciones diarreicas, dolor abdominal no especificado, vómito postprandial dos veces al día, hiporexia, hipertermia no cuantificada y notable disminución del juego.

A la exploración física se encuentra: peso 8 kg., Estatura 72 cm., F.C. Y pulso 148 lpm., F.R. 40 Vpm. Y temperatura 39°C; paciente quejumbrosa, irritable, que presenta llanto con escasas lágrimas, severo ataque al estado general, globos oculares hundidos, pérdida de la turgencia de la piel y palidez; cavidad oral con mucosas secas y lengua saburral; abdomen distendido con peristalsis aumentada, doloroso y timpánico; el pañal tiene evacuación semilíquida, abundante, amarillenta y fétida; el resto de la exploración sin otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la diarrea.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 5

Paciente del sexo femenino de 6 años, traída por su madre a la consulta médica por padecimiento de 2 meses de duración, caracterizado por episodios intermitentes donde se presentan náuseas, vómito, dolor abdominal y evacuaciones disminuidas en consistencia; además, desde el inicio ha cursado con hiporexia, bruxismo y psialorrea nocturna.

A la exploración física se encuentra: peso 17 kg., Estatura 115 cm., F.C. Y pulso 100 lpm. Y temperatura normal; paciente delgada, con palidez de piel y mucosas y discreto ataque al estado general; la cavidad oral se encuentra en mal estado de higiene; el abdomen es globoso, con peristalsis ligeramente aumentada, se aprecian borborigmos y zurridos, así como dolor a palpación profunda en mesogastrio y discreto timpanismo a la percusión; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor abdominal.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 6

Paciente del sexo masculino de 25 años de edad, obrero residente en nezahualcoyotl, méx.; Acude a la consulta médica por padecimiento de 4 días de duración, caracterizado por dolor abdominal acompañado de evacuaciones disminuidas en consistencia, de escasa cantidad, 8 en 24 hrs.; A partir del día de ayer las evacuaciones se acompañan de abundante moco y estrías sanguinolentas, precedidas y acompañadas de dolor cólico como “retortijón”, seguidas de tenesmo rectal, agregándose cefalalgia, hiporexia y escalofrío.

A la exploración física se encuentra: peso 60 kg., Estatura 165 cm., F.C. Y pulso 100 lpm., T.A. 110/70 Mm hg., F.R. 28 Vpm. Y temperatura 37.8°C; paciente con ataque al estado general, diaforético, quejumbroso, inquieto, con piel y mucosas pálidas; cavidad oral se aprecia mucosa discretamente deshidratada, halitosis y lengua saburral; abdomen distendido, con peristalsis aumentada, el marco cólico es doloroso de predominio en el flanco y región iliaca izquierdos, con timpanismo; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor abdominal.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 7

Paciente del sexo femenino de 55 años, traída por su familia a la consulta médica por padecimiento de 5 horas de duración, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico localizado en el hipocondrio derecho, desencadenado por alimentos grasosos, acompañado de náuseas y vómitos de contenido gastrobiliar.

A la exploración física se encuentra: peso 75 kg., Estatura 155 cm., F.C. Y pulso 60 lpm. T.A. 110/60 Mm hg y temperatura de 37.5 °C; paciente endomórfica, flexionada, con palidez de piel y mucosas y ataque al estado general; el abdomen es globoso, con peristalsis ligeramente aumentada, se aprecian dolor a palpación profunda en el hipocondrio derecho con signo de murphy y discreto timpanismo en el epigastrio; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor abdominal.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 8

Paciente del sexo masculino de 15 años, llevado a la consulta médica por padecimiento de 12 horas de duración caracterizado por dolor abdominal tipo cólico, localizado inicialmente en el mesogastrio y actualmente en la región iliaca derecha, acompañado de náusea, vómito, estreñimiento e hipertermia.

A la exploración física se encuentra: peso 50 kg., Estatura 155 cm., F.C. Y pulso 100 lpm., T.A. 100/60 Mm hg., F.R. 28 Vpm. Y temperatura 38°C; paciente con ataque al estado general, diaforético, quejumbroso, flexionado, inquieto, con piel y mucosas pálidas; cavidad oral se aprecia mucosa discretamente deshidratada, halitosis y lengua saburral; abdomen distendido, con peristalsis ligeramente aumentada, a la palpación se aprecia hiperestesia, dolor en la región iliaca derecha con signos de mc burney, psoas y obturador positivos, así como la maniobra de von blumberg positiva; discreto timpanismo; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor abdominal.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindrómicos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 9

Paciente del sexo masculino de 24 años que acude a la consulta médica por padecimiento de 12 horas de duración, caracterizado por evacuaciones diarreicas en número de 2 por hora, vómitos frecuentes, hiporexia y dolor abdominal que cede con las evacuaciones.

A la exploración física se encuentra: peso 65 kg., Estatura 170 cm., F.C. Y pulso 110 lpm., F.R. 32 Rpm. Y temperatura 37°C; paciente asténico y adinámico, con piel y mucosas pálidas y deshidratadas; abdomen plano, con peristalsis aumentada, doloroso a la palpación y con discreto timpanismo; durante su estancia en el consultorio presentó evacuación líquida, abundante, como “agua de arroz con olor a pescado”; el resto de la exploración sin otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la diarrea.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es el criterio respecto a los estudios paraclínicos en el diagnóstico de este padecimiento?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 10

Paciente del sexo masculino de dos años, traído por su madre a la consulta médica por padecimiento desde hace tres días, caracterizado por inicio brusco con evacuaciones diarreicas en número de 8 en 24 hrs., Abundantes, fétidas y de color amarillento; además ha presentado dolor abdominal, vómito postprandial dos veces al día, hiporexia, hipertermia no cuantificada y notable disminución de sus actividades de juego.

A la exploración física se encuentra: peso 10.5 Kg., Estatura 82 cm., F. C. Y pulso 120 lpm., F.R. 36 Vpm. Y temperatura 39°C; paciente quejumbroso, irritable, presenta llanto sin lágrimas, con severo ataque al estado general, globos oculares hundidos, pérdida de la turgencia de la piel y palidez; cavidad oral con mucosas secas y lengua saburral; abdomen distendido con peristaltismo aumentado, doloroso y timpánico; el pañal muestra evacuación líquida, abundante, amarillenta y fétida. El resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la diarrea.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindrómicos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 11

Paciente femenina de 12 años que inició desde hace 2 meses con prurito anal, hiporexia a todo tipo de alimentos, asociado a disminución de peso, bruxismo de predominio nocturno, insomnio e irritabilidad, sin tratamiento, de evolución progresiva.

A la exploración física es una paciente con edad aparente menor a la cronológica, facie de tristeza, ectomórfica, con vestimenta sucia, uñas largas y sucias, poco cooperadora al interrogatorio y la exploración física. Peso: 36 kg y estatura: 138 cm. F.C. Y pulso 74 lpm, f.R. 18 Rpm y temperatura 36.3°C. Mucosa oral mal hidratada, presenta halitosis, piezas dentales cariadas y desgastadas y lengua saburral. Cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen plano, mal hidratado, se auscultan borborignos, peristaltismo discretamente aumentado, dolor a la palpación profunda en mesogastrio, flanco y fosa iliaca izquierda, a la percusión se obtiene timpanismo. En la región perianal se encuentran excoriaciones y costras hemáticas; presenta secreción transvaginal en moderada cantidad, de olor desagradable.

1. Describa usted la semiología del prurito anal.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 12

Paciente del sexo femenino de 10 años, traída por su madre a la consulta médica por presentar desde hace tres días dolor abdominal, náusea e hiporexia, ayer se agregó además vómito en 2 ocasiones, hipertermia no cuantificada y astenia importante. Refiere la madre que ingieren alimentos y bebidas en puestos callejeros. No cuentan con drenaje ni agua intradomiciliaria.

A la exploración física se encuentra: peso 30 kg., Estatura 128 cm., F. C. Y pulso 100 lpm., F.R. 25 Vpm. Y temperatura 37.8°C; se aprecia paciente decaída, con ictericia en conjuntivas y escleróticas, cavidad oral con mucosa mal hidratada e ictericia; abdomen distendido, con peristaltismo ligeramente aumentado, doloroso en cuadrante superior derecho, se palpa hígado a 2 cm por debajo del borde costal. Presenta una evacuación pastosa, de color blanquecino. El resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la ictericia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué otros antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 13

Paciente del sexo masculino de 62 años que acude a la consulta médica por padecimiento de un año de duración, caracterizado por estreñimiento, dolor anal de tipo ardoroso y pruriginoso, sangrado anal al evacuar; dichas molestias se presentan en periodos de exacerbaciones y remisiones.

A la exploración física se encuentra: peso 72 kg., Estatura 160 cm., F.C. Y pulso 64 lpm., T.A. 120/80 Mm hg. Y temperatura normal; paciente mesomórfico, sin ataque el estado general, piel y mucosas pálidas y; el abdomen es semigloboso a expensas de panículo adiposo, con peristalsis normal; a la inspección perianal se aprecia la protrusión venosa mientras el paciente puja; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor anal.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Cuál es su criterio respecto de los estudios paraclínicos útiles para el diagnóstico de este paciente?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Bibliografía

1. Villalobos pjj. Principios de gastroenterología. 4ª edición México. Méndez editores 2015.
2. Roesch.Df. Gastroenterología clínica. 3ª edición México. Alfil. 2013.
3. Méndez-sánchez n. Gastroenterología. 3ª edición, México. Mcgraw hill. 2018.
4. Briones qms, López hma, Peña rs, Torres vm y Zarco vas. Manual para la exploración de la cavidad oral y la orofaringe. México. Fes zaragoza, unam. 2016. Disponible en <https://www.Zaragoza.Unam.Mx/manuales/>
5. Carrera de médico cirujano. Módulo el aparato digestivo, segundo año. Fes zaragoza, unam. 2013. Disponible en: https://www.Zaragoza.Unam.Mx/wp-content/portal2015/licenciaturas/medico/programasacademicos/2/modulo_4.Pdf

El aparato urogenital

Caso clínico integrador para discusión no. 1

Paciente del sexo femenino de 28 años que cursa con embarazo de 30 semanas de gestación; acude a la consulta médica por padecimiento de 3 días de duración, caracterizado por disuria, polaquiuria, pujo y tenesmo vesical, malestar general, hipertermia no cuantificada, astenia, dolor en la región dorsolumbar derecha, náusea y eliminación de orina turbia.

A la exploración física se encuentra: peso 65 kg., Estatura 158 cm., F.C. Y pulso 100 lpm., T.A. 120/80 Mm hg. Y temperatura 38°C; paciente quejumbrosa, con moderado ataque al estado general, con piel y mucosas discretamente deshidratadas, cooperadora; tórax y región precordial sin compromiso aparente; abdomen globoso a expensas de útero grávido, ocupado por producto único y vivo, de características acordes a la edad gestacional; se aprecian manifestaciones de dolor en las regiones dorsolumbar derecha y suprapúbica; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor dorsolumbar.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindrómicos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 2

Paciente del sexo masculino de 24 años que acude a la consulta médica por padecimiento de 3 días de duración, refiriendo haber iniciado con disuria y polaquiuria, a lo que se agregó escurrimiento uretral y prurito, con dolor intenso durante la erección del pene.

A la exploración física se encuentra un paciente con somatometría y signos vitales dentro de límites normales y sin ataque al estado general; en los genitales externos se aprecia escurrimiento uretral purulento, priapismo, los labios del meato uretral están hiperémicos y edematosos; se palpan nódulos linfoides inguinales crecidos y dolorosos; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del escurrimiento uretral.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontraren ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 3

Paciente del sexo masculino de 25 años, homosexual, que acude a la consulta médica por padecimiento de 4 semanas de duración, caracterizado por hipertermia, malestar general, mialgias, artralgias, cefalalgia, hiporexia, náusea, vómito ocasional, diarrea intermitente y pérdida de peso.

A la exploración física se encuentra: peso 56 kg., Estatura 162 cm., F.C. Y pulso 90 lpm., T.A. 110/70 Mm hg., F.R. 28 Vpm y temperatura 38°C; paciente con moderado ataque al estado general, pálido, adelgazado, cooperador; se aprecia hiperemia de la mucosa de la orofaringe, erupción maculopapular eritematosa en la cara y el tórax, con linfoadenopatía generalizada; el resto de la exploración sin otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la hipertermia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué otros antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 4

Paciente del sexo femenino de 30 años que acude a la consulta médica por padecimiento de 2 días de duración, caracterizado por urgencia para la micción llegando ocasionalmente a la incontinencia urinaria, disuria, polaquiuria, tenesmo y pujo vesicales; dichas molestias aparecieron después de relaciones heterosexuales frecuentes.

A la exploración física se encuentra una paciente con somatometría y signos vitales dentro de lo esperado normalmente, sin ataque al estado general y cooperadora; el abdomen es plano y doloroso a la palpación profunda en la región suprapúbica; no existe edema en los miembros inferiores ni otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la disuria.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué otros antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnóstico sindromático se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 5

Paciente del sexo masculino de 25 años que acude a la consulta médica por padecimiento de 4 días de duración caracterizado por la aparición de una “bola” en la región inguinal, seguida de un “grano” en el pene.

A la exploración física se encuentra un paciente con somatometría, signos vitales e inspección general dentro de lo esperado normalmente; al examinar los genitales externos se aprecia una lesión erosiva localizada en el glande, excavada en el centro, de bordes indurados, no dolorosa, acompañada de nódulos linfoides crecidos en la región inguinal; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología de los nódulos linfoides.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 6

Paciente del sexo femenino de 26 años que acude a la consulta médica por padecimiento de 3 días de duración, caracterizado por dolor dorsolumbar; hipertermia intermitente no cuantificada seguida de sudoración; además, astenia, hiporexia, náusea llegando ocasionalmente al vómito, y eliminación de orina turbia.

A la exploración física se encuentra: peso 54 kg., Estatura 152 cm., F.C. Y pulso 96 lpm., T.A. 110/70 Mm hg. Y temperatura 38^oc; paciente quejumbrosa pero cooperadora, con moderado ataque al estado general, piel y mucosas pálidas y discretamente deshidratadas; cardiopulmonar sin compromiso aparente; abdomen plano, doloroso a la palpación bimanual en la región dorsolumbar y subcostal derecha, con puño-percusión sensiblemente dolorosa en la región dorsolumbar ipsilateral; no existe edema en los miembros inferiores ni otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología del dolor dorsolumbar.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y qué características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontraren ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 7

Paciente femenino de 35 años con padecimiento de 2 semanas duración, caracterizado por flujo vaginal verde-amarillento, abundante y fétido, acompañado de ardor vulvovaginal, disuria y dispareunia.

A la exploración física, somatometría y signos vitales, dentro de límites normales, paciente con buen estado general, a la exploración ginecológica se observa: labios menores e introito vaginal hiperémicos al igual que la mucosa vaginal y cérvix; éste último con ectropión periorificial; existe abundante secreción amarillo-verdosa, espumosa y fétida en el fondo de saco posterior; nódulos linfoides inguinales discretamente crecidos y dolorosos. Resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del flujo vaginal.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y qué características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontraren ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 8

Paciente masculino de 22 años, trabaja como transportista por diversas partes del país; acude a la consulta médica por padecimiento de 3 días de duración, caracterizado por disuria, polaquiuria, escurrimiento uretral, prurito y dolor a la erección del pene.

A la exploración física se encuentra: un paciente con somatometría y signos vitales dentro de límites normales, sin ataque al estado general; en los genitales externos se aprecia escurrimiento uretral amarillo-verdoso, los labios del meato uretral están enrojecidos y edematosos, palpan nódulos linfoides inguinales crecidos y dolorosos; el resto de la exploración sin alteraciones objetivables.

1. Describa usted la semiología del escurrimiento uretral.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y qué características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontraren ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 9

Paciente del sexo masculino de 30 años, trabaja como transportista por diversos puntos de la república y reside en cd. Nezahualcóyotl, méx., Acude a la consulta médica por padecimiento de 3 días de duración caracterizado por la aparición de un “grano” en el pene.

A la exploración física se encuentra un paciente con somatometría, signos vitales e inspección general de características normales; al examinar los genitales externos se aprecia una lesión erosiva localizada en el lado derecho del glande, excavada en el centro, de bordes indurados, no dolorosa, de 0.8 Cm. De diámetro; se palpa nódulo linfoideo crecidos y discretamente dolorosos en la región inguinal derecha; no existe escurrimiento uretral ni otras alteraciones.

1. Describa usted la semiología de los nódulos linfoides.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 10

Paciente del sexo masculino de 50 años que acude a la consulta médica por padecimiento de 2 días de duración, refiriendo haber iniciado con prurito en la región genital del glande, el cual se ha ido intensificando.

A la exploración física se encuentra un paciente endomórfico, con signos vitales dentro de límites normales y sin ataque al estado general; en el glande y el prepucio se aprecia enrojecimiento y edema; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del prurito.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo este paciente?

Bibliografía

1. Broseta e, budía a, burgué s jp y lujan s. Urología práctica, 4ª edición, españa. Elsevier. 2015. Disponible en e-book.
2. Mcaninch jw y lue tf. Urología general de smith y tanagho. 18ª edición, méxico. Mc graw hill. 2014.
3. Gueglio g, martínez pf. Manual de urología. Editorial journal. 2014.
4. Carrera de médico cirujano. Módulo el aparato urogenital, segundo año. Fes zaragoza, unam. 2013. Disponible en: https://www.Zaragoza.Unam.Mx/wp-content/portal2015/licenciaturas/medico/programasacademicos/2/modulo_5.Pdf

El sistema nervioso y órganos de los sentidos

Caso clínico integrador para discusión no. 1

Paciente del sexo masculino de 65 años, llevado a la consulta médica por padecimiento de 8 horas de duración, caracterizado por la aparición brusca de las siguientes manifestaciones clínicas: en el transcurso de unas horas perdió la fuerza en el miembro superior derecho y luego en el miembro inferior del mismo lado; tuvo sensación de adormecimiento en las mismas extremidades y ya no pudo hablar.

Como antecedente importante, se sabe que es diabético desde hace 15 años, en control médico irregular.

A la exploración física general se encuentra: peso 82 kg., Estatura 160 cm., F. C. Y pulso 80 lpm., T. A. 160/90 Mm hg. Y temperatura normal.

A la exploración del sistema nervioso se encuentra lo siguiente:

Nervios craneales: fondo de ojo con alteraciones propias de retinopatía diabética de primer grado; los globos oculares están desviados hacia la izquierda; hipoestesia al dolor en la mitad derecha de la cara; parálisis de la mitad derecha de la cara a los movimientos voluntarios y afectivos; al mostrar la lengua se desvía a la derecha. **Sensibilidad:** no hay rigidez de los músculos de la nuca; existe hipoestesia al dolor en las extremidades derechas. **Movilidad voluntaria:** paciente diestro, sin movimientos anormales en este momento, con paresia del 80% en las extremidades derechas. **Coordinación muscular:** sin alteraciones. **Reflejos, tono, trofismo, estación, ambulación, control de esfínteres y funciones sexuales:** existe hiperreflexia en las extremidades derechas, signo de babinski derecho, las extremidades derechas están hipotónicas, presentando ambulación hemiparética. **Funciones cerebrales superiores:** paciente despierto, con afasia de expresión y apraxia motora.

1. Describa usted la semiología de la paresia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué otros antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?

7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 2

Paciente del sexo masculino de 54 años, llevado a un hospital general por padecimiento de 4 meses de duración, caracterizado por la aparición progresiva de las siguientes manifestaciones clínicas: crisis epilépticas en las que agredía, se chupaba los labios o masticaba, después perdía el estado de vigilia y caía al suelo con sacudidas de las cuatro extremidades; estas crisis se presentaban una vez al día últimamente ; cefalalgia y visión borrosa; falta de fuerza en las extremidades derechas y no podía expresar el lenguaje oral.

A la exploración física general se encontró: peso 60 kg., Estatura 160 cm., F. C. Y pulso 76 lpm., T.A. 130/70 Mm hg. Y temperatura normal.

A la exploración del sistema nervioso se encontró lo siguiente:

Nervios craneales: anosmia izquierda, hemianopsia homónima derecha (0 0) y edema papilar bilateral, midriasis izquierda y esta pupila apenas respondía al estímulo luminoso, hipoestesia en la mitad derecha de la cara al tacto y al dolor, parálisis facial derecha a los movimientos voluntarios y afectivos, no había nistagmos optocinético a la derecha y al mostrar la lengua se desviaba hacia la derecha. **Sensibilidad:** no había rigidez de los músculos de la nuca, había anestesia al dolor, frío, calor, vibración y sentido de posición en las extremidades derechas. **Movilidad voluntaria:** paciente diestro, sin movimientos anormales en el momento de la exploración, con paresia del 80% en las extremidades derechas. **Coordinación muscular:** sin alteraciones. **Reflejos, tono, trofismo, estación, ambulación, control de esfínteres y funciones sexuales:** hiperreflexia, signos de babinski y hoffmann del mismo lado, el miembro superior derecho estaba flexionado sobre el tórax y presentaba ambulación hemiparética. **Funciones cerebrales superiores:** paciente despierto, con afasia de expresión y amnesia para hechos recientemente ocurridos.

1. Describa usted la semiología de la cefalalgia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué otros antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?

7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 3

Paciente del sexo masculino de 10 años, originario y residente del estado de Oaxaca, traído a la consulta médica por padecimiento de 2 meses de duración, caracterizado inicialmente por cefalalgia leve que se ha ido intensificando, empezó a caminar como ebrio, en las últimas semanas apareció vómito y al tomar los objetos los tiraba por no medir el movimiento.

Como antecedentes, se sabe que su madre fue tratada de padecimiento pulmonar no especificado y hace dos años al paciente le apareció una tumoración en el hueco supraclavicular derecho que se abrió al exterior drenando un material blanco-amarillento.

A la exploración física general se encontró: peso 23 kg., Estatura 124 cm., F. C. Y pulso 110 lpm., F. R. 28 Vpm. Y temperatura 38° c.

A la exploración del sistema nervioso se encontró lo siguiente:

Nervios craneales: edema papilar bilateral de 2 dioptrías, nistagmus continuo de fase rápida a la derecha que aumentaba cuando desviaba los globos oculares hacia la derecha. **Sensibilidad:** había rigidez de los músculos de la nuca, sin alteraciones sensitivas en las extremidades. **Movilidad voluntaria:** paciente diestro, sin movimientos anormales ni alteraciones en la fuerza muscular. **Coordinación muscular:** había asinergia, adiadococinesia, dismetría, descomposición del movimiento y temblor en la fase final del movimiento voluntario en las extremidades superiores, siendo más notorio en la derecha; había dismetría en el miembro inferior derecho. **Reflejos, tono, trofismo, estación, ambulación, control de esfínteres y funciones sexuales:** hiperreflexia en las cuatro extremidades, hipotrófico, con signo de Babinski bilateral, al ponerse de pie con los pies juntos se caía hacia la derecha y al caminar se desviaba hacia ambos lados con predominio del derecho. **Funciones cerebrales superiores:** paciente despierto y colaborador.

1. Describa usted la semiología del vómito.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué otros antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?

7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 4

Paciente del sexo femenino de 60 años, traída a la consulta de medicina general por padecimiento de 4 meses de duración, caracterizado por la aparición progresiva de las siguientes manifestaciones clínicas: paresia en el miembro inferior izquierdo; crisis convulsivas clónicas en el miembro inferior izquierdo, las cuales en su inicio se presentaban una vez al mes, después una vez a la semana y cada tercer día últimamente; parestesia en los miembros izquierdos, y en los últimos días aparecieron cefalalgia y visión borrosa.

A la exploración física general se encontró: peso 64 kg., Estatura 158 cm., F. C. Y pulso 80 lpm., T.A. 130/70 Mm hg. Y temperatura normal.

A la exploración física del sistema nervioso se encontró lo siguiente:

Nervios craneales: había edema papilar bilateral y veía borroso a partir de 2 metros de distancia; había hipoestesia al tacto, al dolor y a la temperatura en la mitad izquierda de la cara; existía paresia facial izquierda a los movimientos voluntarios. **Sensibilidad:** no había rigidez de los músculos de la nuca; existía hipoestesia al tacto, al dolor, a la temperatura, al sentido de posición y a la vibración, así como parestesias en el hemicuerpo izquierdo, llegando a la anestesia en el miembro inferior del mismo lado. **Movilidad voluntaria:** paciente diestra, que presentó una crisis convulsiva clónica en el miembro inferior izquierdo durante la exploración; paresia del 80% en el miembro inferior y del 30% en el miembro superior del lado izquierdo. **Coordinación muscular:** sin alteraciones. **Reflejos, tono, trofismo, estaci3n, ambulaci3n, control de esfínteres y funciones sexuales:** hiperreflexia en las extremidades izquierdas de predominio inferior, signo de babinski izquierdo, hipertonía en el miembro inferior izquierdo, discreta hipotrofia en la pierna izquierda y ambulaci3n hemiparética. **Funciones cerebrales superiores:** paciente despierta, preocupada y colaboradora; presenta incapacidad para localizar y nombrar correctamente las partes distales del miembro inferior izquierdo (autotopoagnosia).

1. Describa usted la semiología de la paresia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?

7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 5

Paciente del sexo masculino de 62 años, llevado a un hospital general por padecimiento de 4 meses de duración, caracterizado por cefalalgia, dificultades en el lenguaje oral como tardarse en contestar y tartamudeo; además, laterodesviación al caminar, arrastrando el pie derecho.

Como antecedente importante se sabe que fuma una cajetilla de cigarrillos diariamente desde los 10 años.

A la exploración física general se encontró: peso 55 kg., Estatura 165 cm., F. C. Y pulso 84 lpm., T. A. 130/80 Mm hg. Y temperatura normal; paciente adelgazado con piel y mucosas pálidas.

A la exploración del sistema nervioso se encontró lo siguiente:

Nervios craneales: edema papilar bilateral de 4 dioptrías, veía borroso a 4 metros de distancia, con paresia facial derecha a los movimientos voluntarios. **Sensibilidad:** no había rigidez de los músculos de la nuca ni alteraciones sensitivas. **Movilidad voluntaria:** paciente diestro, sin movimientos anormales en el resto de la exploración, con una paresia de 70% en las extremidades derechas y 20% en las izquierdas. **Coordinación muscular:** había asinergia y adiadococinesia en las extremidades superiores. **Reflejos, tono, trofismo, estación, ambulación, control de esfínteres y funciones sexuales:** hiperreflexia en las extremidades derechas, con discreta hipotrofia y signo de babinski del mismo lado; al pararse, separaba 40 cm las plantas de los pies, caminaba desviándose hacia ambos lados; ambulación hemiparética derecha. **Funciones cerebrales superiores:** paciente despierto, con afasia de expresión y apraxia motora.

1. Describa usted la semiología de la cefalalgia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué otros antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?

8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 6

Paciente del sexo femenino de 15 años que acude a consulta médica por padecimiento de 2 años de duración, caracterizado por las siguientes manifestaciones clínicas: inicia por la mañana con la visión de líneas zigzagueantes o anillos concéntricos móviles en el campo visual; parestesias y fasciculaciones musculares en la mitad derecha de la cara; minutos después aparece cefalalgia acompañada de sensación de pesantez cefálica, luego aparece náusea, llegando al vómito lo que disminuye la cefalalgia, quedando la paciente exhausta y somnolienta las horas siguientes; estas manifestaciones se presentan una vez al mes. Al momento de la entrevista la paciente se refiere asintomática.

A la exploración física se encuentra una paciente con somatometría y signos vitales dentro de los límites normales; sin ataque al estado general y cooperadora. La exploración del sistema nervioso no muestra alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la cefalalgia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindrómicos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontraren ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 7

Paciente del sexo femenino de 14 años que acude a la consulta médica acompañada de su madre, quien refiere que su hija presenta “ataques” una vez cada 3 meses desde hace 2 años; de acuerdo con la madre de la paciente, estos fenómenos se caracterizan por lo siguiente: durante la mañana, estando la paciente realizando cualquier actividad, presenta pérdida del estado de vigilia y la postura por lo que cae al suelo, se pone rígida por unos segundos a lo que sigue un periodo de sacudidas musculares rítmicas, simétricas y enérgicas en todo el cuerpo, presentándose, además, en esos momentos disnea, cianosis y pialorrea espumosa, después de un minuto viene un periodo de relajación, permaneciendo la paciente como en un sueño profundo del cual no se le puede despertar; una media hora más tarde recupera el estado de vigilia, no recuerda lo sucedido y permanece el resto del día con cefalalgia y somnolencia. Entre un “ataque” y otro, la paciente realiza normalmente sus actividades diarias. Al momento de la entrevista la paciente se refiere asintomática. Tiene antecedente de tía materna epiléptica.

A la exploración física se encuentra una paciente con somatometría y signos vitales dentro de los límites normales; sin ataque al estado general y cooperadora; a la exploración del sistema nervioso no se encuentran alteraciones. Llama la atención la presencia de cicatrices en la lengua y en la piel de las extremidades.

1. Describa usted la semiología de la cefalalgia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 8

Paciente del sexo masculino de 8 años, llevado a la consulta médica por su madre, quien refiere que, estando en la escuela la maestra notó que en forma súbita dejaba de hacer las cosas y al hablarle no respondía; dichos periodos eran de muy corta duración y cuando el niño reaccionaba no recordaba lo sucedido, cuando revisó sus cuadernos descubrió la ausencia de frases entre los dictados; por ello recomendó su atención médica. Tiene antecedente de tía materna y un primo con epilepsia; existe deficiente aprovechamiento escolar.

A la exploración física se encontró un paciente con somatometría y signos vitales dentro de los límites normales; sin ataque al estado general y cooperador; a la exploración del sistema nervioso no se encontraron alteraciones. Al estar sentado sobre la mesa de exploración, se le pidió realizar hiperventilación y a los pocos segundos desvió la mirada hacia arriba con ligero parpado de unos 15 segundos de duración, se recuperó sin cambios en la postura y sin recordar lo sucedido.

1. Describa usted la semiología de las crisis epilépticas.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y qué características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 9

Paciente del sexo masculino de 16 años, desempleado, residente en cd. Nezahualcoyotl, méx., Traído a la consulta médica por sus padres, por padecimiento intermitente de un año de duración, caracterizado por cambios conductuales y de personalidad como descuido de su apariencia física, tendencia al aislamiento, estado de ánimo mal humorado y desafiante, con dificultades en sus relaciones interpersonales con los adultos y cambio continuo de amigos. Se sabe que fue expulsado de la escuela secundaria por actos de delincuencia juvenil en su barrio; en varias ocasiones han detectado en él un olor especial por lo que decidieron pedir asesoría médica.

A la exploración física se encuentra: peso 55 kg., Estatura 160 cm., F. C. Y pulso 100 lpm., T. A. 110/70 Mm hg., F. R. 28 Vpm. Y temperatura normal; paciente adelgazado, mal aseado, pálido, tenso, mal humorado y poco cooperador; se aprecia olor a solventes en las manos y en la cara, temblor en los dedos de las manos y ambulación torpe y zigzaguenante; en la exploración de las funciones cerebrales superiores se aprecia dificultad para entender y expresar el lenguaje oral, defectos en la atención, la memoria y el pensamiento correcto con relación a su edad, así como una conducta agresiva y desafiante.

1. Describa usted la semiología del olor que presenta este paciente.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 10

Paciente del sexo masculino de 24 años, originario y residente del estado de guerrero, llevado a la sala de urgencias de un hospital general por padecimiento de 35 días de duración, caracterizado por la aparición progresiva de las siguientes manifestaciones clínicas: 5 días después de sufrir traumatismo craneal presentó cefalalgia, irritabilidad y rigidez de los músculos masticadores; los días siguientes presentó odinofagia y disnea; durante un mes presentó contracciones musculares violentas en todo el cuerpo, hipertermia no cuantificada y diaforesis.

A la exploración física general se encontró: f. C. Y pulso 120 lpm., T. A. 160/100 Mm hg., F. R. 28 Vpm. y temperatura 38.5° C.

En la exploración del sistema nervioso se encontró lo siguiente:

Nervios craneales: las pupilas eran midriáticas y respondían al estímulo luminoso, movía los ojos hacia un objeto movilizado en el campo visual, presentaba trismus que aumentaba al tocarle la cara, contracturas musculares incesantes en los músculos risorios y buccinadores, no podía abrir la boca. **Sensibilidad:** sin alteraciones. **Movilidad voluntaria:** toda la musculatura de la nuca y la región dorsolumbar estaba contraída y al tomar al paciente se sacudía en todo el tronco y las extremidades. **Coordinación muscular:** no se exploró. **Reflejos, tono, trofismo, estación, ambulación, control de esfínteres y funciones sexuales:** había hiperreflexia muscular y adelgazamiento generalizado. **Funciones cerebrales superiores:** el paciente estaba angustiado y en continuo estado de alerta.

Estando en el hospital, el paciente presentó apnea y murió.

1. Describa usted la semiología de la tetania.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindrómicos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?

8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuáles es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos e información a la familia sobre el padecimiento?
10. ¿Cómo se pudo haber evitado el padecimiento de este enfermo?

Caso clínico integrador para discusión no. 11

Paciente del sexo masculino de 25 años, llevado a la sala de urgencias de un hospital general por padecimiento de 5 días de duración, caracterizado por cefalalgia progresiva, hipertermia, dolor en el antebrazo izquierdo, disminución de la fuerza y fasciculaciones musculares en el mismo sitio, disfagia, psialorrea, anorexia, insomnio, angustia, agresividad, disartria, debilidad muscular y una crisis convulsiva tónico-clónicas generalizada. Tiene antecedente de haber sido mordido por un perro en el antebrazo izquierdo hace un mes.

A la exploración física se encontró: paciente con ataque al estado general; con fondo de ojo normal; una cicatriz en la mano izquierda; paciente en estado de alerta, con dificultad para entender y expresar el lenguaje oral, agresivo, con alucinaciones visuales, auditivas y olfatorias.

Estando en el hospital el paciente presentó estado de coma, paro ventilatorio, paro cardiaco y murió.

1. Describa usted la semiología de la agresividad.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontraren ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos e información a la familia sobre el padecimiento?
10. ¿Cómo se pudo haber evitado el padecimiento de este enfermo?

Caso clínico integrador para discusión no. 12

Paciente del sexo femenino de 43 años, originaria de milpa alta, ciudad de México, inicia su padecimiento hace 4 meses, caracterizado por cefalalgia occipital, sensación vertiginosa y visión borrosa; estas manifestaciones se han intensificado en los últimos días, agregándose crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, motivo por el que ha sido referida a su hospital regional.

A la exploración física general se encontró: peso 72 kg., Estatura 160 cm., F. C. Y pulso 80 lpm., T.A. 120/80 Mmhg. Y temperatura normal.

En la exploración neurológica se encontró lo siguiente: **Nervios craneales:** había edema papilar bilateral de tres dioptrías y veía borroso a partir de 3 metros de distancia. **Sensibilidad:** había rigidez de los músculos de la nuca con signo de kernig. **Movilidad voluntaria:** paciente diestra que presentó una crisis tónico-clónico generalizada durante la exploración. **Coordinación muscular:** sin alteraciones. **Reflejos:** había hiperreflexia en las cuatro extremidades con signo de babinski bilateral. **Funciones cerebrales superiores:** paciente despierta y poco colaboradora.

1. Describa usted la semiología de la cefalalgia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, procedimientos quirúrgicos específicos e información a la familia sobre el padecimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 13

Paciente del sexo masculino de 32 años que acude a consulta médica por padecimiento intermitente de 3 meses de duración caracterizado por dolor ciático desde la nalga hasta la parte posterolateral del muslo, la pantorrilla y el pie derechos, además de hipoestesia en la cara lateral del pie, la planta y el talón. Dichas molestias se han presentado en dos ocasiones previas, desencadenadas por cargar una caja pesada y movimiento brusco de rotación lateral del tronco; han cedido con reposo y analgésicos.

A la exploración física general se encontró: peso 65 kg; estatura 162 cm; f. C. Y pulso 72 lpm; T.A. 120/80 Mm hg., Y temperatura normal; paciente quejumbroso pero cooperador.

A la exploración neurológica se encontró: **Nervios craneales:** sin alteraciones. **Sensibilidad:** no había rigidez de los músculos de la nuca; existía hipoestesia en la cara lateral del pie, planta y talón. **Movilidad voluntaria:** paciente diestro sin movimientos anormales, con discreta paresia en la extensión del pie derecho. **Coordinación muscular:** sin alteraciones. **Reflejos, tono, trofismo, estación, ambulación, control de esfínteres y funciones sexuales:** había hiporreflexia del aquiliano derecho; con dificultad al caminar con la punta del pie derecho. **Funciones cerebrales superiores:** paciente cooperador.

1. Describa usted la semiología del dolor ciático.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos, procedimientos quirúrgicos específicos e información a la familia sobre el padecimiento?
10. ¿Cómo se pudo haber evitado el padecimiento de este enfermo?

Caso clínico integrador para discusión no. 14

Paciente del sexo femenino de 31 años, llevada a un hospital general por padecimiento de 4 años de duración, caracterizado por cefalalgia cada vez más frecuente e intensa, agregándose en los últimos 4 meses vértigo, hipoacusia derecha, latero-desviación al caminar, hipoestesia y paresia en la hemicara derecha, además de visión borrosa.

A la exploración física general se encontró: peso 60 kg., Estatura 160 cm., F. C. Y pulso 84 lpm., T. A. 100/60 Mm hg. Y temperatura normal. A la exploración del sistema nervioso se encontró lo siguiente:

Nervios craneales: edema papilar bilateral de 4 dioptrías, veía borroso a 4 metros de distancia, con hipoestesia y paresia en la hemicara derecha, así como pérdida del reflejo corneo-palpebral de ese lado; había nistagmus en la mirada lateral extrema de ambos lados, anacusia derecha, perdida del reflejo a la náusea de ese lado y disfonía. **Sensibilidad:** no había rigidez de los músculos de la nuca ni alteraciones sensitivas. **Movilidad voluntaria:** paciente diestra, sin movimientos anormales, con paresia del 30% en las extremidades izquierdas. **Coordinación muscular:** había asinergia y disdiadococinesia en las extremidades derechas. **Reflejos, tono, trofismo, estación, ambulación, control de esfínteres y funciones sexuales:** hiperreflexia en las extremidades izquierdas, signo de babinski del mismo lado; se paraba con amplia base de sustentación, caminaba desviándose hacia la derecha. **Funciones cerebrales superiores:** paciente despierta y colaboradora.

1. Describa usted la semiología de la cefalalgia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?

9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?

10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 15

Paciente del sexo masculino de 64 años, llevado al servicio de urgencias médicas de un hospital general por padecimiento de 4 horas de duración, al estar participando en una discusión acalorada súbitamente presentó rubicundez facial, se quejó de cefalalgia intensa, perdió la fuerza en las extremidades derechas por lo que cayó al suelo hacia ese lado; minutos después presentó vómito y perdió el estado de vigilia.

Como antecedentes importantes es obeso e hipertenso con irregular control médico.

A la exploración física general: paciente obeso, con fc y pulso 70 lpm, ta 110/60 mm hg y fr 32 vpm, y temperatura normal; encamado e inmóvil.

A la exploración neurológica: **nervios craneales:** los globos oculares estaban desviados hacia la izquierda; anestesia al dolor en la mitad derecha de la cara; parálisis de la mitad derecha de la cara. **Sensibilidad:** no había rigidez de los músculos de la nuca, existía anestesia al dolor en las extremidades derechas, presentando conducta defensiva en las extremidades izquierdas como respuesta al estímulo doloroso. **Movilidad voluntaria:** sin movimientos anormales en ese momento, con parálisis de las extremidades derechas. **Coordinación muscular:** no se pudo explorar. **Reflejos y tono:** existía hiperreflexia en las extremidades derechas, con signo de babinski del mismo lado; las extremidades derechas estaban flácidas. **Funciones cerebrales superiores:** paciente en estado de coma. No recuperó el estado de vigilia y después de 2 meses murió.

1. Describa usted la semiología de la cefalalgia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué otros antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?

9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?

10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 16

Paciente del sexo masculino de 60 años, llevado a la consulta médica por padecimiento de tres meses de duración, caracterizado por aparición progresiva de las siguientes manifestaciones clínicas: estado de ánimo triste y pérdida de interés por casi todas las actividades que antes le atraían.

A la inspección general se aprecia un paciente con edad aparente mayor a la cronológica, con facies de tristeza, movimientos lentos, bradilalia y descuido en su arreglo personal. La exploración neurológica mostró hipoestesia y paresia discretas con hiporreflexia y ambulación lenta. En las funciones cerebrales superiores se aprecia un paciente despierto, con defectos en atención, comprensión y expresión del lenguaje, pensamiento, aprendizaje creatividad y conciencia; además, discreta amnesia en sus diversas modalidades.

1. Describa usted la semiología de la tristeza.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué otros antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y qué características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 17

Paciente masculino de 70 años que acude a consulta médica por presentar desde hace 6 meses aproximadamente sensación de adormecimiento, hormigueo y dolor ardoroso en la planta de ambos pies, refiere además dolor punzante en pies y piernas desde hace 1 mes que ha ido aumentando de intensidad, especialmente en la noche, presentándose incluso con estímulos leves, como el roce de las sábanas; además, nota cierta dificultad en las extremidades inferiores para subir escaleras. Ha tomado diclofenaco y naproxén, sin obtener mejoría.

Refiere padecer diabetes mellitus desde hace 15 años, toma glibenclamida de manera irregular, es sedentario, trabaja como vigilante, su dieta es rica en carbohidratos y grasas, la última glucemia, realizada hace 1 mes reportó 260 mg/dl.

A la exploración física general: peso 94 kg, estatura 1.66 M, ta 140/90 mmhg, fc y pulso 84 lpm, fr 18 vpm, temperatura 36.6°C, con adecuada hidratación y coloración. Exploración de cabeza, cuello y tórax sin alteraciones aparentes, abdomen con abundante panículo adiposo.

A la exploración neurológica: **nervios craneales:** sin alteraciones. **Sensibilidad:** hipoestesia de ambos pies con dolor ardoroso a la palpación. **Movilidad voluntaria:** sin movimientos anormales en ese momento, con paresia discreta de las extremidades inferiores. **Coordinación muscular:** sin alteraciones. **Reflejos y trofismo:** existe hiporreflexia en las extremidades inferiores con piel adelgazada y fría. **Funciones cerebrales superiores:** paciente despierto, orientado y colaborador.

1. Describa usted la semiología del dolor en las extremidades.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué otros antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y qué características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?

9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?

10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 18

Paciente del sexo femenino de 81 años, cursa con padecimiento desde hace cinco años caracterizado por manifestaciones como alteraciones en la memoria del tipo olvidos muy frecuentes relacionados con actividades cotidianas y del nombre de personas conocidas, dificultades de orientación en tiempo y lugar, sufriendo diversos extravíos en su barrio, dificultades para mantener una conversación congruente, dificultades para realizar tareas de la casa, incluso dificultades en su aseo y vestido; sus familiares se quejan de cambios en el carácter con brotes de agresividad y alucinaciones auditivas y visuales. Ella es viuda, tiene tres hijos y vive con la familia de una de sus hijas.

A la exploración física general: peso 60 kg, estatura 1.66 M, ta 130/80 mmhg, fc y pulso 84 lpm, fr 18 vpm, temperatura 36.6°C; paciente desaliñada y con mal estado de higiene.

A la exploración neurológica: **nervios craneales:** sin alteraciones. **Sensibilidad:** sin alteraciones. **Movilidad voluntaria:** movimientos lentos y discreta paresia en las cuatro extremidades. **Coordinación muscular:** sin alteraciones. **Reflejos y trofismo:** existe discreta hiperreflexia en las cuatro extremidades con signo de babiniski bilateral; piel adelgazada y fría. **Funciones cerebrales superiores:** paciente despierta, desorientada en lugar y tiempo; presenta amnesia, afasia, apraxia y acalculia; es poco cooperadora.

1. Describa usted la semiología de la amnesia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué otros antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindrómicos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y qué características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?

9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?

10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo esta paciente?

Bibliografía

1. Fustinoni o. Semiología del sistema nervioso, 15ª edición. México. El ateneo. 2014.
2. Contreras gn y trejo lja. Manual para la exploración neurológica y las funciones cerebrales superiores. 4ª edición. México. Fes zaragoza unam-el manual moderno. 2013.
3. Muñiz lce. Neurología clínica de rangel y guerra. México. El manual moderno. 2015.
4. Hayden mg. Neurología clínica tarascon. México. Intersistemas. 2014.
5. Nava sj. Neurología clínica. 5ª edición. México. Impresiones modernas. 1985.
6. Carrera de médico cirujano. Módulo el sistema nervioso y órganos de los sentidos, segundo año. Fes zaragoza, unam. 2013. Disponible en: https://www.Zaragoza.Unam.Mx/wp-content/portal2015/licenciaturas/medico/programasacademicos/2/modulo_6.Pdf

El sistema endocrino

Caso clínico integrador para discusión no. 1

Paciente del sexo masculino de 60 años que acude a consulta médica por padecimiento de 5 años de duración, caracterizado por cansancio, somnolencia y pérdida no cuantificada de peso a pesar de cursar con polifagia; además, se queja de poliuria, nicturia, polidipsia y ardor en la planta de los pies; sus molestias se han intensificado en los últimos meses.

A la exploración física se encuentra: peso 80 kg., Estatura 160 cm., F.C. Y pulso 80 lpm., T.A. 150/90 Mm hg., F.R. 20 Vpm. Y temperatura normal; paciente despierto, tranquilo, endomórfico y cooperador; presenta caries múltiples, ausencia de algunas piezas dentarias y pérdida del reflejo nauseoso; a la auscultación del tórax, los campos pulmonares se encuentran limpios, los ruidos cardiacos son rítmicos y están disminuidos en intensidad; el abdomen es globoso a expensas de panículo adiposo; las extremidades inferiores se aprecian frías y están discretamente edematosas, con disminución de los reflejos al estiramiento muscular; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la polidipsia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de este enfermo.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de este paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de este paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de este paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como el presentado, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo este paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 2

Paciente del sexo femenino de 30 años que acude a la consulta médica por padecimiento de 10 años de duración, caracterizado por polifagia, aumento progresivo en el peso y fatiga fácil con la ambulación, llegando ocasionalmente a la disnea; se encuentra preocupada por esta situación pues interfiere con su actual noviazgo.

A la exploración física se encuentra: peso 80 kg., Estatura 154 cm., F.C. Y pulso 88 lpm., T.A. 130/90 Mm hg., F.R. 28 Vpm. Y temperatura normal; paciente sin ataque al estado general, con facies redondeada, endomórfica y colaboradora; orofarínge sin alteraciones; cardiopulmonar con discreta taquicardia y dificultad respiratoria; abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, con estrías; se aprecia red venosa en los miembros inferiores; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología de la polifagia.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontraren ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 3

Paciente del sexo femenino de 40 años que acude a consulta médica por padecimiento de 10 años de duración, caracterizado por polifagia, aumento de peso, fatigabilidad llegando últimamente a la disnea, palpitaciones relacionadas con situaciones de estrés y conflictos familiares; además, dolores musculares en los miembros inferiores.

A la exploración física se encuentra: peso 86 kg., Estatura 156 cm., F.C. Y pulso 84 lpm., T.A. 140/90 Mm hg., F.R. 26 Vpm. Y temperatura normal; paciente tranquila, con facies redondeada, endomórfica y cooperadora que camina a la manera de un pato; cardiopulmonar con ruidos poco audibles; abdomen globoso a expensas de panículo adiposo; en los miembros inferiores se aprecia genu-valgo que es más evidente con la marcha; el resto de la exploración sin alteraciones.

1. Describa usted la semiología del aumento de peso.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones a que tiene riesgo esta paciente?

Caso clínico integrador para discusión no. 4

Paciente del sexo femenino de 65 años que acude a consulta médica por padecimiento de unos 20 años de duración con irregular control médico; en los últimos años se han acentuado el ardor en la planta de los pies, la visión borrosa y la somnolencia; desde hace 6 meses ha presentado hipostenia, hipodinamia y disnea de esfuerzo; además, ha notado acentuación de la poliuria, polidipsia e importante pérdida de peso; en los últimos días se ha presentado prurito vulvar, flujo vaginal blanquecino, disuria y polaquiuria que le impiden dormir tranquila.

A la exploración física se encuentra: peso 60 kg., Estatura 158 cm., F.C. Y pulso 80 lpm., T.A. 180/110 Mm hg., F.R. 22 Vpm. Y temperatura normal; paciente cooperadora, sin ataque al estado general, de edad aparente mayor a la cronológica; el fondo de ojo es difícil de visualizar debido a la opacidad de ambos cristalinos; hay caries dental, faltan piezas dentarias y el reflejo a la náusea está ausente; a la auscultación del tórax, los ruidos cardiacos son poco audibles, apreciándose reforzamiento del segundo ruido aórtico; las extremidades inferiores están frías, pálidas y edematosas, con hipoestesia en la parte distal; los reflejos al estiramiento muscular están disminuidos; a la exploración ginecológica, los genitales externos están eritematosos, con escurrimiento vaginal blanco-amarillento, grumoso y fétido.

1. Describa usted la semiología de la poliuria.
2. Elabore usted un esquema comentado al nivel corporal, orgánico y tisular que muestre la topografía y la morfología del padecimiento de esta enferma.
3. ¿Qué antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos participan en la génesis de padecimientos como el del caso presentado?
4. Enliste usted los signos más sobresalientes del padecimiento de esta paciente.
5. ¿Qué diagnósticos sindromáticos se integran con las manifestaciones clínicas de esta paciente?
6. ¿Cuál es la etiología y que características tiene para dar origen a este padecimiento?
7. ¿Cuál es la explicación morfo-fisiopatológica de este padecimiento?
8. ¿Qué estudios paraclínicos son útiles para precisar el diagnóstico de esta paciente y qué espera usted encontrar en ellos?
9. ¿Cuál es el manejo terapéutico de pacientes como la presentada, tomando en cuenta: medidas generales, medicamentos específicos, información sobre el padecimiento y citas para su seguimiento?
10. ¿Cuáles son las principales complicaciones y secuelas a que tiene riesgo esta paciente?

Bibliografía

1. Dorantes cay. Endocrinología clínica. 5ª edición. México. El manual moderno. 2016.
2. Gardner dg, shodack d. Endocrinología básica y clínica. 10ª edición. Mcgraw hill lange. 2018.
3. Carrera de médico cirujano. Módulo el sistema endócrino, segundo año. Fes zaragoza, unam. 2013. Disponible en: https://www.Zaragoza.Unam.Mx/wp-content/portal2015/licenciaturas/medico/programasacademicos/2/modulo_7.Pdf

Bibliografía complementaria para todos los módulos

1. Abreu Im. Fundamentos del diagnóstico. 12ª edición. México. Méndez editores. 2016.
2. Aguilar-espíndola mc. Semiología de las principales manifestaciones clínicas. Ciudad de México. Fes zaragoza, unam. 2021 Disponible en: <https://www.Zaragoza.Unam.Mx/wp-content/portal2015/publicaciones/libros/csociales/semiologia-elect.Pdf>
3. Argente a h. Semiología médica. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. 2ª: edición. México. Editorial médica panamericana. 2013.
4. Ball jw. Guía seidell de exploración física. 8ª edición. México. Elsevier. 2014.
5. Solórzano sf, muñoz ho y miranda nmg. Manual de infectología de kumate- gitiérrez. México. Méndez editores. 2013.
6. Prieto vjm, yuste ajr. Balcells. La clínica y el laboratorio. 22ª edición. Elsevier-masson. 2015. Disponible en e-book.
7. Narro rj, rivero so, lópez bja. Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica. 4ª edición. México. Facultad de medicina unam-el manual moderno. 2011.
8. Aburto lia y freyre gj. Principales problemas de salud pública en México. México. Fes zaragoza unam. 2018. Disponible en: <https://www.Zaragoza.Unam.Mx/wp-content/portal2015/publicaciones/libros/saludpublicamexico.Pdf>
9. Surós b a. Semiología médica y técnica exploratoria. 8ª edición. México. Elsevier-masson. 2005.
10. Jinich h. Síntomas y signos cardinales de las enfermedades. 5ª: edición. México. El manual moderno. 2009.

Casos clínicos integradores para discusión por aparatos y sistemas

Dr. Noé Contreras González

La finalidad del libro Casos Clínicos Integradores para Discusión por Aparatos y Sistemas es constituirse en un material útil para los Seminarios de la disciplina y servir como evaluación del aprendizaje logrado por los alumnos de cada grupo. Este material tiene su base en el Programa Académico de Clínicas Médicas para el Segundo Año de la Carrera de Médico Cirujano.

Este libro está constituido por casos clínicos de pacientes atendidos por el autor en su práctica médica y docente durante más de 40 años. Los casos clínicos se relacionan con los padecimientos frecuentes que se analizan en cada Módulo por Aparatos y Sistemas en el Segundo Año de la carrera.

En cada caso clínico se integra la discusión, mediante preguntas a resolver de manera individual o grupal, de los aspectos fundamentales de la entrevista clínica y la exploración física, la fisiopatología, el diagnóstico sindromático, los estudios paraclínicos, la etiología, el plan para el manejo terapéutico general y las principales complicaciones del padecimiento del enfermo.

Con toda seguridad, este material apoya la integración del aprendizaje y la evaluación de la disciplina Clínicas Médicas en el Segundo Año de la Carrera de Médico Cirujano.



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto.
Col. Ejército de Oriente.
Iztapalapa, C.P. 09230 Ciudad de México.
Campus III. Ex fábrica de San Manuel s/n,
Col. San Manuel entre Corregidora y Camino a Zautla,
San Miguel Contla, Santa Cruz Tlaxcala.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

