

UT N° 26-49

2019

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario

Carrera de Medicina
Ciclo Diagnóstico, Tratamiento y
Recuperación

Guía de Aprendizaje
ÁREA
CLÍNICA
MÉDICA 5°





Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario



GUÍA DE APRENDIZAJE

CARRERA DE MEDICINA

**CICLO DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y
RECUPERACIÓN**

ÁREA CLÍNICA MÉDICA 5º

Unidades Temáticas N° 26-49

2017

Responsables Académicos del Área Clínica Médica

Prof. Tit. Dr. Alcides Greca
Prof. Adj. Dr. Roberto Gallo

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica

Editores responsables: Profesor Dr. Alcides Greca – Dr. Roberto Parodicas



Comité Científico

Área Clínica Médica

Profesor Titular Dr. Alcides Greca (Clínica Médica – 1era.Cátedra)

Profesor Titular Dr. Daniel Bagilet (Clínica Médica – 2a Cátedra)

Profesor Adjunto Dr. Sergio Lupo (Clínica Médica – 1era.Cátedra)

Profesor Adjunto Dr. Roberto Parodi (Clínica Médica – 1era.Cátedra)

Profesor Titular Dr. Juan Beloscar (Cardiología)

Profesor Titular Dr. Ramón Fernández Bussy (Dermatología)

Profesor Adjunto Dr. Hugo Carretto (Endocrinología)

Profesor Titular Dr. Hugo Tanno (Gastroenterología)

Profesor Adjunto Dr. Héctor D. Sarano (Nefrología)

Profesor Asociado Dr. Carlos Crisci (Neumonología)

Profesora Adjunto Dr Reynaldo Menichini (Neurología)

Profesor Titular Dr. Alejo Vercesi (Oftalmología)

Profesor Titular Dr. Roque Graziadei Marrapodi (Otorrinolaringología)

Profesor Adjunto Dr. Marcelo Abdala (Reumatología)

Profesor Titular Dr. Roberto Balabán (Farmacología)

Profesora Asociada Dra. Graciela Enría (Medicina y Sociedad)

Profesora Titular Dra. Analía Ravenna (Psiquiatría Adultos)

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16a Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21st Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4a Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R, CARLSON D: "Medicina Ambulatoria 2ª edición". Ed. Corpus 2016 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1era Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3era Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "The Washington Manual of Medical Therapeutics" 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "Patología estructural y funcional". 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "Introducción a la Psiquiatría". 3ª Ed. Pólemos 2006, Buenos Aires

LA CLÍNICA MÉDICA

Prof. Dr. Alcides A. Greca *

La rama de la medicina que en la Argentina denominamos Clínica Médica (llamándose así también nuestra asignatura), es equiparable a lo que en el resto del mundo se denomina Medicina Interna. Este nombre se origina en escritos alemanes del siglo XIX que acuñaron tal concepto para referirse a la **medicina basada en el método científico y en el razonamiento fisiopatológico contraponiéndose al empirismo y al pensamiento mágico imperantes hasta entonces.**¹

Durante la primera mitad del siglo XX se entendió con claridad la existencia de un médico capaz de encarar con una visión integradora la problemática de pacientes adultos dando prioridad al enfermo por sobre la enfermedad. Luego de la Segunda Guerra Mundial, gran cantidad de esfuerzos y recursos económicos fueron invertidos en investigación y educación médica. Así, fueron produciéndose enormes avances en los conocimientos científicos y hubo una tendencia marcada a abarcar parcelas cada vez más pequeñas dando lugar a la especialización médica.²

Algunos llegaron a decretar la muerte irremisible del internista: "La actual situación se ha producido porque los conocimientos médicos han crecido hasta tal punto que ya no es, y nunca más será capaz un solo individuo de abarcar más que una pequeña fracción de los mismos. Negar esto no es solamente ignorar los hechos, es negar la esencia del mecanismo que ha hecho posible nuestro reciente progreso. La especialización es un fenómeno natural. Es comparable en cuanto a los quehaceres humanos a la diferenciación de la función en biología."³

Esta postura extrema fue resistida por aquellos internistas que siguieron creyendo en la utilidad del ejercicio integrado de la medicina. Surgieron así definiciones de Medicina Interna como: "La Medicina Interna es la rama primera, principal y vertebradora de la medicina que se ocupa de la exploración semiológica de todos los órganos, aparatos y sistemas del organismo, de la interpretación fisiopatológica actualizada, del diagnóstico diferencial, del pronóstico y de la terapéutica teniendo como objetivo la persona enferma por encima de la enfermedad en sí"⁴

Este tipo de definición, aun cuando a primera vista parece ampliamente abarcadora, es hoy **susceptible de una revisión crítica**, ya que no toma en cuenta la **prevención en salud, componente esencial de la especialidad y de la medicina toda, verdadero punto de partida del proceso salud – enfermedad – atención.**

Sin duda, el siglo XXI necesitará cada vez más del clínico para que exista una medicina de mejor calidad y más humanizada. Vale la pena establecer algunos conceptos que es fundamental que enseñemos desde el vamos a nuestros estudiantes. Ellos son:

Los enfermos orgánicos y los enfermos funcionales no existen

Este aserto intenta echar por la borda nuestra formación organicista y hacernos comprender de una vez que **psiquis y soma son dos caras de una misma moneda y que no se puede afectar a una sin involucrar a la otra.** No hay pacientes "que no tienen nada" (los que no tienen nada no visitan a un médico), y no debemos enviarlos al psiquiatra, porque "lo de ellos no es orgánico". También son de nuestra competencia la depresión, la ansiedad y las distintas formas de desadaptación vivencial. Desentendernos de esta problemática no solamente significa abandonar un terreno que legítimamente nos corresponde, sino que se transforma en un instrumento de iatrogenia, que hace que el paciente, descreído y defraudado no acepte la derivación, y siga deambulando por los consultorios, buscando, aunque a veces ni siquiera lo sepa, a alguien que condescienda a escucharlo.

* Prof. Titular de la 1ª Cátedra de Clínica Médica. Facultad de Ciencias Médicas (UNR).

La anamnesis tradicional debe ser reemplazada por la entrevista médica

Hemos aprendido a recoger signos y síntomas de nuestros pacientes, convirtiendo a estos en meros intermediarios entre la enfermedad y nosotros. Cuando alcanzamos un grado de destreza considerable y logramos hacerlo en menos tiempo y con un máximo de efectividad, nos dimos cuenta de que pasábamos por alto gran cantidad de situaciones porque no prestábamos atención a **las historias de vida, donde reside la causa de los padecimientos de la mayoría de los pacientes** que tantas veces, torpemente, encasillamos en la categoría de “no tiene nada”.

El examen físico sigue siendo importante e insustituible

Muchos legos, y lo que es peor, muchos médicos han sido convencidos por la propaganda de la tecnología de que en poco tiempo más serán las máquinas y no los médicos, las que con algunos pocos datos brindarán los diagnósticos. Aunque así fuera (cosa por demás dudosa), el contacto personal entre médico y paciente y la exploración física criteriosa y precisa (sin caer en los agotadores exámenes de los semiólogos de antaño), seguirán siendo insustituibles porque tienen un efecto terapéutico en sí mismos y porque además tienen un rédito diagnóstico mucho más importante que el uso indiscriminado de la tecnología. “Algunos pacientes se asombran ante un examen físico completo (no limitado a la articulación que duele o a la porción del abdomen que motivó la consulta), asombro que llega a la estupefacción cuando se les invita a ser examinados cuando sólo vinieron a pedir un certificado de salud. A pesar de este hecho, casi invariablemente elogian al médico que se tomó algún tiempo para revisarlos.

Las enfermedades raras son raras

Se me perdonará la tautología pero intento enfatizar la idea de que debemos ir abandonando nuestra fascinación juvenil por los casos exóticos, fascinación que desarrollamos y alimentamos con tanta fruición durante los años de la residencia. La mayoría de los diagnósticos difíciles son manifestaciones inusuales de enfermedades comunes. Requieren más de materia gris que de exámenes complementarios costosos e invasivos. ¿Es un anacronismo proponer en estos tiempos la rejerarquización de la actividad intelectual?

La vorágine de la medicina actual impone la necesidad de atender un número creciente de pacientes para poder sobrevivir, quitándonos tiempo para la reflexión crítica sobre la problemática de nuestro enfermo. De todas maneras debe ser el clínico, un médico capacitado para hacer un uso óptimo del escaso tiempo disponible, dado que por su formación está entrenado en el planteo, verificación y refutación de hipótesis y en la utilización criteriosa de los recursos diagnósticos y terapéuticos, de modo de conseguir una relación adecuada entre costos y calidad de atención médica.

El medicamento no es el único tratamiento y a menudo, ni siquiera el más importante

El desarrollo extraordinario de la investigación farmacológica y la maquinaria gigantesca de propaganda de la industria farmacéutica que ha llegado en algunos casos (bastante reñidos con la ética) a promocionar productos al público en general utilizando los medios de comunicación, antes de presentarlos al cuerpo médico, han hecho que la presión a los profesionales generara en estos una clara sobreutilización (con su lógica consecuencia en los costos) de medicamentos. Aconsejo para mayores detalles, la lectura del artículo de Alberto Agrest “Acoso a los médicos”.⁵

Ya en la década del 50, Michael Balint en su conocido libro “El médico, el paciente y la enfermedad” señalaba que el propio médico constituye el primer tratamiento para su paciente y debe ser dosificado en forma correcta, potenciando sus efectos terapéuticos y evitando sus efectos indeseables, cual si fuera una droga más. Hacer entender a un paciente que no necesita determinado medicamento, a pesar de lo que dicen los últimos trabajos o las revistas y diarios, requiere de más conocimiento y honestidad médica que recetárselo mecánicamente para demostrarle que se está al corriente de los más recientes “avances” o para acceder a su requerimiento,

justificándose con el concepto, éticamente por demás cuestionable, de “si no se lo indico yo se lo va a indicar otro”.

Los subespecialistas son aliados para situaciones particulares

Explorar por sí mismo a los pacientes en todos los niveles de complejidad, es algo que el clínico no puede ni debe delegar. La ayuda de un subespecialista debe ser solicitada en casos especiales y para situaciones en donde ciertas investigaciones más profundas son aconsejables. El notable pediatra argentino Florencio Escardó (que era además un escritor talentoso que se presentaba ante sus lectores bajo el pseudónimo “Piolín de Macramé”) definió al especialista como un médico que sabe cada vez más sobre cada vez menos, tanto que al final lo sabe casi todo sobre casi nada. El clínico no debe ser un simple derivador, pero tampoco debe cometer el pecado de omnipotencia. Debe consultar, debe solicitar opinión y consejo, pero casi nunca debe derivar desertando de su responsabilidad de ser él, el referente central para su paciente. La mayoría de los pacientes ya han comprendido, a diferencia de lo que ocurría hace algunos años, que necesitan un médico que los conozca en su totalidad y así lo solicitan.

El mejor tratamiento es el que el paciente puede cumplir

El mayor de los avances terapéuticos carece totalmente de utilidad si el paciente, por falta de convicción, de recursos económicos o por cuestiones culturales no puede acceder a él. La elección terapéutica debe contemplar este hecho e inclinarse por el tratamiento posible más que por el ideal. ¿Significa esto cuestionar el papel rector de la evidencia científica? Definitivamente sí. Primero, porque la verdad científica es siempre provisional, sujeta a verificación y por ende falible. En segundo lugar, porque la inflexibilidad no es propia de individuos inteligentes. La lectura crítica de la literatura médica es, más que nunca, una obligación en nuestros días, ya que las conclusiones que la misma presenta suelen estar sesgadas e influidas por intereses extramédicos no del todo transparentes.

La opinión científica independiente es a menudo difícil de reconocer, aun en las publicaciones más prestigiosas del mundo y en el nivel más elevado de la investigación. Es imprescindible aprender a interpretar correctamente los hallazgos que se nos presentan.

Discutir las decisiones con el paciente ¿por qué no?

Esta idea nos produjo bastante espanto durante un buen número de años de nuestra práctica. Aceptar que es el paciente el dueño y el responsable de su vida y por ende de su enfermedad es fundamental a la hora de decidir intervenciones diagnósticas y terapéuticas. “Si no hace lo que yo le digo búsquese otro médico” fue una sentencia que exhibieron los médicos con arrogancia durante mucho tiempo. Es necesario cambiar si queremos acercarnos a la realidad de nuestros pacientes y no ser para ellos un instrumento de iatrogenia.

Sin ninguna duda, esta modificación conceptual producirá una profunda estocada a nuestra omnipotencia, pero la realidad es que tratamos con individuos adultos, habitualmente en uso pleno de sus facultades físicas e intelectuales, y que solamente nos asiste el derecho de aconsejar en virtud de nuestro conocimiento, lo que creemos que es lo mejor para ellos. El paciente podrá aceptarlo y cumplirlo o no, por diversas razones. Pero no lo dejaremos de atender, aunque siga fumando, no use cinturón de seguridad o no se avenga a bajar de peso.

La medicina no es un apostolado

Decía el Dr. Luis Güemes en su tesis sobre Medicina moral de 1879: “La medicina es una ciencia difícil, un arte delicado, un humilde oficio, una noble misión”. De las cuatro proposiciones presentadas, en especial las dos últimas requieren un análisis especial. El “humilde oficio” y la “noble misión” tienen como estructura literaria una particular belleza y poder de seducción. El solo hecho de anteponer los adjetivos (nótese la diferencia con

la "ciencia difícil" y el "arte delicado") les confiere un acercamiento a la poesía romántica. Sin embargo, afirmo que conceptos como estos, que marcaron nuestra visión sobre lo que es la medicina, tuvieron para nosotros consecuencias negativas.

El "humilde oficio" pretendió imponernos una actitud de servicio casi monacal, nos convenció de que teníamos todos los deberes para con los pacientes y que ellos tenían todos los derechos, cuando en realidad existen derechos y deberes de los médicos y de los pacientes. Llegamos incluso a avergonzarnos de hablar de nuestros honorarios en forma directa con el paciente, delegando esa incómoda función en terceras personas (secretarías, empleadas administrativas), y quizás por ello no supimos defenderlos frente a estructuras como Obras Sociales o gerencadoras de salud.

La "noble misión" reforzó la idea mística de muchos pacientes y de muchos médicos que nos identificó con el sacerdote o con el apóstol. Hemos oído y leído hasta el cansancio que "la medicina es un apostolado"; incluso, no nos engañemos, lo hemos dicho más de una vez. El apóstol, por definición enviado o emisario, no es otra cosa que un representante de Dios. Aceptemos de una vez por todas que somos seres humanos, que no tenemos absolutamente todas las respuestas, que no debemos ni podemos hacernos cargo de absolutamente todas las demandas. Rechacemos (con delicadeza, pero rechazemos) compromisos tales como "Estoy en sus manos" o "Usted es mi salvador", que ocultan en quien los propone, la intención de depositar en nosotros, mucho más que la salud. Esta connotación mística, podrá sonar agradable a nuestro narcisismo, pero debemos saber que admitiéndola, nos extralimitamos en las expectativas que contribuimos a generar y que esto, más tarde o más temprano, se volverá una carga intolerable para nosotros y una fuente de iatrogenia para nuestro paciente.

La medicina no es ni más ni menos que una profesión. Nuestra función es ayudar con nuestros conocimientos y con nuestra contención, pero dentro de un encuadre específico. Debe quedar claro tal encuadre desde el comienzo mismo de la relación, tanto para el médico como para el paciente y ambos deberán comprender que es justo y lícito que el médico pretenda, como profesional que es, una adecuada retribución económica por su trabajo.

¹ Bean WB. Origin of the term "Internal Medicine". N. Engl. J. Med. 1982; 306: 182.

² Beeson P. One hundred years of american Internal Medicine: a view from the inside. Ann. Int. Med. 1986; 105: 634.

³ Himsworth H. The integration of Medicine. Br. Med. J. 1955; 2: 217.

⁴ Marongiu F. Rev. AMA 1983; 96: 153.

⁵ Agrest A. Acoso a los médicos. Medicina 1998 (Buenos Aires) 58(6): 763.

LA ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA MÉDICA

*La medicina se aprende al lado del enfermo y no en el aula.
Mirar y razonar, comparar y controlar. Pero primero mirar.
Dos ojos no ven igual la misma cosa ni dos espejos reflejan la misma imagen..
Permitid que la palabra sea vuestra esclava pero no vuestra dueña.
Vivid en la clínica..*

William Osler

El contacto directo con el enfermo o con el hombre o la mujer que, en salud requiere de nuestro consejo y asesoramiento, es imprescindible para que nuestros estudiantes incorporen en forma indeleble conocimientos, habilidades y actitudes. **Los docentes, contra lo que creen muchos, no tienen por función enseñar sino ayudar a aprender (aprendiendo ellos mismos a su vez, en un proceso de construcción permanente)**, y es así que mientras exista alguien con deseos de aprender, alguien con deseos de ayudarlo a acrecentar su conocimiento y tiempo disponible, casi cualquier plan de estudio racionalmente concebido, tiene grandes posibilidades de éxito. La relación personal entre docente y alumno es de fundamental importancia.

Hoy enfrentamos un verdadero **cambio de paradigma**. La currícula que ha estado vigente en nuestra Facultad hasta el presente, ha sido (con pequeñas modificaciones no esenciales) la misma que se adoptó en 1920, cuando se creó la carrera en la Universidad Nacional del Litoral. Sus lineamientos fundamentales se basaron en la **propuesta de Abraham Flexner (1866-1959)**, que propusieron como elementos centrales el **enfoque biologista, basado en el individuo y en el contexto casi exclusivo del hospital universitario**. El modelo flexneriano **estimula el desarrollo y la enseñanza de las especialidades y subespecialidades y desacredita la utilización de la práctica ambulatoria con fines educativos**. Esta visión es curiosa, ya que la medicina que todos nosotros ejercemos a diario es primordialmente ambulatoria, siendo el enfermo internado en un hospital un aspecto claramente minoritario. Digo curiosa, porque hasta hoy hemos centrado la formación de nuestros médicos mucho más en los aspectos teóricos que en la práctica y mucho más en la patología de internación que en la de consultorio.

La atención primaria de la salud (objetivo central de la formación para la nueva currícula, verdadero nuevo paradigma) es esencialmente ambulatoria, esencialmente biopsicosocial y esencialmente teórico-práctica, basada en las grandes áreas de la medicina y no en las subespecialidades.

Nuestros estudiantes deben ser actores protagónicos de su formación. Se estimulará la afición por el autodidactismo, por la búsqueda bibliográfica, por la consulta a las bibliotecas tradicionales y virtuales a través del uso de la moderna tecnología. **Más que acopiar conocimientos ordenados memorísticamente nuestros estudiantes deberán ser expertos en dónde y cómo buscar, puesto que ese será su mecanismo de actualización permanente luego de graduados**. Un médico que hoy ejerce la profesión luego de diez años de graduado, utiliza en la práctica diaria con sus pacientes, conocimientos que adquirió en aproximadamente un 70%, luego de su graduación. Se torna evidente que el objetivo no debe ser que sepa lo último, sino que sepa **cómo buscarlo para resolver el problema que cada situación le presenta**.

El docente tiene un rol central pero distinto al que ha desempeñado hasta ahora. No se espera de él que "dicte" una clase brillante sino que sepa orientar y acompañar el proceso de aprendizaje, pero por sobre todo, debe ser un modelo a imitar. Se ha dicho con acierto que **los educadores explicamos lo que sabemos pero enseñamos lo que somos**, y este aserto es algo que ningún docente debería olvidar.

Estimular la curiosidad, el cuestionamiento, la búsqueda es una técnica de un valor superlativo. Ir del paciente al libro o a la revista científica y volver al paciente, debe ser una práctica profundamente introyectada por nuestros alumnos y no deberá ser abandonada nunca más mientras ejerzan la medicina. **El uso de Internet y de toda la tecnología informática es una herramienta de incalculable valor y debe ser incentivado pero sin olvidar que es precisamente eso y no más: una herramienta**. El libro tradicional (médico y no médico) mantendrá una vigencia inalterable en los tiempos por venir y debemos inducir a nuestros alumnos a

mantener con él una amistad sin fisuras. **Existe cierto tipo de conocimiento que sólo puede encontrarse en los libros.** No me refiero a la información de avanzada, de extrema actualidad, a lo que salió publicado ayer y a lo que accedemos por Internet. Hablo de otro conocimiento más profundo, que requiere de una actitud reflexiva, crítica y de maduración. Ése solamente está en los libros. Leer y releer, meditar y profundizar es algo que sólo podemos hacer con un libro entre las manos. Este es el tipo de conocimiento que a veces los alumnos cuestionan por creer inútil, por no verle una clara aplicación práctica. Creo importante hacerles comprender que el saber no debe tener siempre una utilidad inmediata. **Saber más nos mejora como seres humanos, y en el caso particular de los médicos, nos permite comprender mejor a nuestros semejantes que acuden a nosotros en busca de ayuda.** Para ilustrar este concepto, vale la pena, recordar lo que refirió cierta vez Emile Cioran: Mientras a Sócrates le preparaban la cicuta, él intentaba aprender un aria para flauta. “¿De qué te servirá?”, le preguntaron. Y respondió el filósofo: “Para saberla antes de morir”.

Ubicación curricular de la Clínica Médica

La Clínica Médica es para la nueva currícula **un área que contiene a todas las subáreas específicas que como especialidades clínicas en ella se originan.** Debe tener **dos objetivos formativos claramente distintos:** La formación de internistas es una meta para el postgrado. Para los alumnos de grado, los conocimientos, las habilidades y las actitudes a adquirir son aquéllas que los hagan capaces de desempeñarse como idóneos médicos generales. **La atención primaria de la salud (no confundir primaria con superficial) dentro de la cual desempeñarán su práctica fundamental, es la que se ocupa de un primer nivel de complejidad en las cuatro áreas básicas (Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Gineco-Obstétrica y Clínica Quirúrgica),** y es en ella que deberán estar adecuadamente capacitados nuestros egresados.

Estas cuatro grandes áreas forman parte del **tercer ciclo de la carrera** (que se completa con algunas otras electivas). Los alumnos llegan a él **habiendo completado los dos primeros ciclos** y los contenidos de la denominada **área instrumental,** que de manera transversal se cursa a lo largo de ellos. Estos contenidos instrumentales tienen relación con **Inglés, Informática y Metodología de la Investigación.** Así, nuestros estudiantes estarán en condiciones de leer e interpretar literatura médica en inglés (más del 90% de las publicaciones periódicas están escritas en ese idioma, y las que no lo están tienen habitualmente resúmenes en inglés), utilizar los recursos de la computación (un procesador de texto, una tabla y un gráfico, una búsqueda en Internet) y plantear e interpretar un diseño de investigación.

El **primer ciclo de la carrera** genera conocimientos relacionados con el ser humano sano en las **distintas etapas de la vida** (niñez, adolescencia, adultez y adultez mayor). Estos conocimientos tienen que ver no solamente con los aspectos del **crecimiento y el desarrollo, la nutrición, la sexualidad y la reproducción,** sino también con la **interacción con el medio (inserción psicosocial),** con la **problemática específica de cada edad** y muy particularmente con la **problemática de género.**

El **segundo ciclo,** tiene como objetivo central la **prevención de la enfermedad** y para ello hará que el estudiante adquiera conocimientos relacionados con los **distintos tipos de injuria** que amenazan la salud y la vida. Tales injurias incluyen las infecciones, los estilos de vida que suponen riesgo, el stress psicosocial, etc. Asimismo, en este ciclo se generan conocimientos vinculados con la defensa ante la injuria y en ese sentido, se estudiará **el sistema inmune, su regulación psiconeuroendócrina** y los distintos **mecanismos de defensa** desarrollados para hacer frente a la agresión. Durante este ciclo, también se enfoca la problemática específica de cada etapa de la vida y desde la perspectiva de género. Está también previsto que el alumno tenga la posibilidad de profundizar sus conocimientos en áreas de su preferencia (electivas).

En el **tercer ciclo se ubica el área Clínica Médica,** junto a las otras tres grandes áreas (Pediatria, Gineco-Obstetricia y Clínica Quirúrgica) y a disciplinas electivas como en los ciclos anteriores. Durante este ciclo, Clínica Médica se ocupará especialmente de las enfermedades prevalentes y de que se adquieran los conocimientos básicos en cuanto a detección y tratamiento, que respondan al objetivo de formar un médico general apto para ejercer la atención primaria de la salud. Se establecerán claros y sólidos conceptos de **fisiopatología, criterios diagnósticos, formulación de problemas, indicación racional de métodos complementarios (jerarquizando la relación costo-beneficio y riesgo-beneficio),** utilización criteriosa de métodos terapéuticos no

invasivos e invasivos (evaluando nuevamente costo-beneficio y riesgo-beneficio) y manejo adecuado del medicamento (conocimiento profundo de mecanismo de acción, indicaciones y contraindicaciones, efectos indeseables, interacciones y costos).

Durante todo este aprendizaje y con contenidos específicos, pero sobre todo teniendo en cuenta lo actitudinal, se prestará atención preferencial a toda la problemática de la **relación médico-paciente** y a aspectos filosóficos del ejercicio profesional. La **filosofía de la práctica médica (iatrofilosofía)** es una rama relativamente nueva de la filosofía general y constituye un área en permanente expansión que el estudiante y el médico que se desempeña en la profesión deben conocer. Diversos campos tienen que ver con ella: a) **iatrológica** (relaciones lógicas entre teorías médicas y teorías científicas), b) **iatrosemántica** (¿qué representan los modelos teóricos en medicina?), c) **iatrognoseología** (características del conocimiento médico), d) **iatrometodología** (utilización de los métodos e indicadores médicos en la investigación y en la práctica), e) **iatro-ontología** (conceptos e hipótesis ontológicas inherentes a las doctrinas y práctica médicas), f) **iatroaxiología** (estudio de los valores: medios y fines en medicina), g) **iatroética** (problemas morales de la investigación y de la práctica), h) **iatropraxiología** (problemas generales que plantean la práctica médica individual y la salud pública).

La currícula prevé que el 35% de esta carga horaria esté asignada a contenidos teóricos y el 65% a práctica, pero en realidad la metodología pedagógica que se aplicará a lo largo de toda la carrera (aprendizaje basado en la resolución de problemas reales o imaginarios pero compatibles con la realidad), hará que toda la carga horaria tenga un enfoque eminentemente teórico-práctico.

En el **cuarto ciclo de la carrera (Práctica Final)**, de un año de duración, los alumnos accederán, con los conocimientos básicos ya adquiridos en los tres ciclos precedentes (**y deberán haber completado los mismos**), a un período de práctica en terreno (internación, consultorios externos, áreas de emergencias clínico-quirúrgicas, centros periféricos de salud) tutelada e intensiva, en las cuatro áreas básicas, poniendo el acento en el desarrollo de habilidades para el desarrollo profesional.

Calidad del proceso enseñanza – aprendizaje y evaluación

Sobre las bases expuestas hasta aquí y con los fundamentos mencionados, debemos ahora definir lo que entendemos por calidad del aprendizaje de los estudiantes. Es esclarecedor en tal sentido el capítulo "Refocusing quality assessment on students learning" en Haworth & Conrad: "Emblems of Quality in Higher Education", 1997, Allyn & Bacon. Nos referiremos en primer lugar al proceso en general y luego a la evaluación de la consecución de los objetivos específicos para la habilitación profesional.

Un proceso enseñanza – aprendizaje considerado de calidad debe tener:

1. **Docentes diversos e involucrados:** Capaces de dedicar tiempo y energía suficiente a su función guía y de ofrecer diversas perspectivas de participación a los estudiantes: exposiciones, discusiones, talleres, etc. dentro y fuera de clase.
2. **Alumnos diversos e involucrados:** Involucrados de su carácter de protagonistas del proceso y no de simples depositarios de un saber preconfigurado y absorbido pasivamente. Sentirán formar parte de una "comunidad de aprendizaje" en donde estudiantes y docentes enseñan y aprenden entre sí, casi como colegas.
3. **Líderes (autoridades universitarias) involucrados:** Consustanciados con la metodología y proclives a brindar a docentes y alumnos apoyatura institucional y recursos para optimizar los logros educativos.
4. **Ambiente de toma de riesgos:** Capacidad de todos los actores del proceso de cuestionar la ortodoxia y de proponer caminos, perspectivas y enfoques alternativos.
5. **Diálogo crítico:** Desarrollo de la capacidad de sostener un diálogo ordenado y mutuamente enriquecedor, examinando y cuestionando los distintos supuestos y diferentes puntos de vista.
6. **Aprendizaje integrado:** Conexión del conocimiento teórico con la aplicación a problemas, cuestiones y situaciones complejas del mundo real.
7. **Orientación:** Los alumnos reciben orientación, pareceres y retroalimentación individualizada de sus profe-

sores por diversas vías: trabajo cooperativo, reuniones formales e interacciones informales.

- 8. Productos tangibles:** Los alumnos son desafiados a extraer y conectar principios, prácticas y habilidades que han aprendido a los efectos de crear un producto valioso para su campo de acción y para ellos mismos.

La evaluación de los alumnos

Toda prueba de competencia intelectual (y el examen tradicional lo es), considerada de una manera aislada, puede tener un **margen de error importante**. Varios factores ajenos a la estricta capacitación pueden influir en el resultado: el estado de salud física, el temor, la excitación nerviosa, inhibiciones o lagunas mentales, etc. Sin embargo, los reiterados éxitos o fracasos de un estudiante a lo largo de su carrera no pueden ser atribuidos a la casualidad.

Si la relación numérica docente – alumno es adecuada, de modo que permita un contacto personal entre ambos protagonistas del proceso enseñanza – aprendizaje, la evaluación continua es, sin duda, de gran utilidad. El estudiante puede en este caso participar de la valoración de sus fortalezas y debilidades y poner en marcha estrategias de recuperación de aspectos deficitarios. Esto es imposible cuando, como ha venido ocurriendo hasta ahora, un docente se ve enfrentado con grupos de estudiantes (comisiones) que superan con holgura la decena.

Sin desmedro de lo antedicho, soy partidario de mantener algunas formas de evaluaciones formales, **con una orientación claramente teórico – práctica, con pacientes y haciendo énfasis en la resolución de problemas diagnósticos y terapéuticos, examinando más que contenidos aislados, la capacidad de desarrollar líneas coherentes de razonamiento clínico y de búsqueda de soluciones.** No creo que haya que eliminar totalmente la sensación de stress. **El stress emocional acompañará al médico muchas veces en la toma de decisiones en su práctica cotidiana y el alumno deberá aprender a manejarlo dentro de límites razonables desde el pregrado.** Lo que sí debe ser totalmente eliminado de los procesos de valoración de resultados es toda forma de exposición al ridículo y toda forma de sanción, ya que esto sólo hará que el alumno esconda sus flaquezas por temor y se vea impedido de corregirlas.

El Profesor Titular debe hacer una **evaluación permanente de todo su cuerpo docente** y mantener reuniones periódicas con ellos para reforzar los aspectos positivos y corregir errores, velando así por mantener la calidad de la enseñanza. Asimismo, **permitirá e incentivará a los alumnos para que evalúen a sus docentes individual y/o colectivamente, haciendo sugerencias mejoradoras.** Tales sugerencias serán siempre tenidas en cuenta y llevadas a la práctica, en tanto y en cuanto sean razonables y factibles.

CONCLUSIÓN

La medicina de los años por venir requerirá de profesionales altamente capacitados en lo técnico al mismo tiempo que en lo humanístico. Sólo así podremos dar respuestas adecuadas a las necesidades de nuestra sociedad. La Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.R. ha emprendido un camino nuevo a través de **una concepción curricular totalmente modernizada.** Será un camino **no libre de dificultades y tropiezos,** pero sólo a través de un esfuerzo mancomunado de todos los actores de la vida universitaria (en primer lugar de nosotros, los profesores, pero también de las autoridades y muy en especial de los estudiantes) podremos enfrentar el desafío, en un contexto de absoluta **honestidad intelectual y despojados de todo dogmatismo.**

Unidad Temática 26:

GASTRITIS. REFLUJO GASTROESOFÁGICO

OBJETIVOS

- Conocer la semiología de los distintos tipos de dolor abdominal
- Conocer las distintas patologías ácido-sensitivas y sus asociaciones: Esofagitis por reflujo, Reflujo gastro-esofágico, Hernia hiatal, Gastritis erosiva aguda, Úlcera gastroduodenal.
- Conocer los trastornos funcionales del tubo digestivo (dispepsia)
- Conocer las principales gastropatías crónicas.
- Algoritmos diagnósticos en patología ácido-sensitiva.
- Diagnósticos diferenciales con otras patologías que cursen con dolor en hemiabdomen superior.
- Pautas de tratamiento.

CONTENIDOS

- Principales gastropatías crónicas.
- Principales trastornos funcionales del tubo digestivo (dispepsia)
- Patologías ácido-sensitivas y sus asociaciones: Esofagitis por reflujo, Reflujo gastro-esofágico, Hernia hiatal, Gastritis erosiva aguda, Úlcera gastroduodenal. Diagnósticos diferenciales.
- Métodos diagnósticos.
- Tratamiento. La importancia del cambio de hábito de vida. Nociones de cuidados y recomendaciones en la alimentación

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Anatomía, histología y fisiología normales del sistema digestivo (Nutrición)
- Índices de masa corporal, etc (Nutrición)
- Necesidades energéticas, proteicas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales, para adolescente, adulto joven y adulto mayor.
- Clasificación de los alimentos -Valor de los alimentos (Nutrición)
- La influencia de las condiciones sociales y culturales en la alimentación (Nutrición)
- Fisiopatología de la inflamación (Injuria y defensa)
- El tabaco como noxa (Injuria)

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos Personales

Luis, de 45 años de edad.

Estado civil: casado, un hijo.

Obra Social: Seguros

Ocupación: empleado administrativo.

Vivienda: casa de material con agua corriente y cloacas.

Nivel educativo: secundario completo.

Motivo de Consulta

Dolor epigástrico.

Enfermedad actual

Comienza con dolor en epigastrio de característica insidiosa, 15 días antes de la consulta, de aproximadamente dos horas de duración, uno o dos episodios por día. Ocasionalmente se irradia a hipocondrio derecho. En dos ocasiones el dolor lo ha despertado por la noche. No se relaciona con las comidas, aunque a veces la ingesta de alimentos calma parcialmente el dolor. No se relaciona a movimientos, ni se modifica con diferentes posiciones. Acidez ocasional.

Antecedentes personales

Apendicectomía a los 21 años.

Hipertenso, medicado con enalapril 20 mg/día.

Automedicado con aspirina 1 comprimido (500 mg)/día, cuatro o cinco veces en la semana por "astenia".

Niega alergias.

Fumador de 15 cigarrillos/día desde la adolescencia.

Estresado, llega a trabajar 12 horas diarias.

Dieta: irregular. Trabaja horario corrido, comiendo al mediodía un sandwich. Comidas principales: desayuno y cena. Ingesta de gaseosas, 1.5 litro por día. Alcohol niega. Mate niega. Café abundante en el trabajo.

No realiza actividades físicas.

Antecedentes familiares

Madre viva con anexohisterectomía a los 55 años por cáncer de útero. Dislipidémica en tratamiento.

Padre vivo, hipertenso, medicado.

Examen físico

PA 140/90 mm. Hg. Peso: 102 kg Altura: 180 cm

Circunferencia de la cintura: 155 cm; circunferencia de la cadera: 130 cm

Inspección: cicatriz de apendicectomía.

Palpación de abdomen: dolor leve a la palpación profunda en región epigástrica sin defensa ni dolor provocado a la descompresión.

Resto del examen físico s/p

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
 - Clínica Médica
 - Gastroenterología
 - Diagnóstico por Imágenes
 - Salud Mental
 - Cardiología
 - Neumonología
 - Farmacología
 - Cirugía
 - Nutrición
 - Anatomía Patológica
 - Medicina Social



BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21ª Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1ª Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3ª Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "The Washington Manual of Medical Therapeutics" 29ª Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "Patología estructural y funcional". 7ª Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "Introducción a la Psiquiatría". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 27

HEMORRAGIA DIGESTIVA



OBJETIVOS

- Conocer la diferencia entre Hemorragia Digestiva alta y baja.
- Conocer las patologías más frecuentes que originan Hemorragia Digestiva.
- Conducta inicial ante un paciente con Hemorragia Digestiva.
- Algoritmos diagnósticos en Hemorragia Digestiva.
- Alternativas terapéuticas en las patologías más frecuentes.

CONTENIDOS

- Hematemesis
- Melena
- Hematoquecia
- Proctorragia.
- Patologías más frecuentes que originan hemorragia digestiva y su manifestación como distintos cuadros clínicos.

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Anatomía del tubo digestivo con especial énfasis en la circulación.
- Signos y síntomas asociados a hemorragia digestiva
- Signos y síntomas asociados a descompensación hemodinámica.
- Tratamiento de la hipovolemia.
- Patologías que potencialmente pueden ser causa de hemorragia digestiva.
- Hipertensión Portal.
- Trastornos de la coagulación.

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos Personales

Juan, Paciente varón de 40 años de edad.

Estado civil: casado.

Ocupación: empleado administrativo (en relación de dependencia).

Vivienda: departamento con servicios completos; alquiler.

Nivel educativo: secundario completo, terciario incompleto.

Motivo de consulta

Hematemesis y Hematoquecia

Enfermedad actual

Comienza tres horas antes del ingreso cuando en aparente buen estado de salud, presenta un vómito de sangre roja. Una hora después, camino al servicio de emergencia, presenta deposiciones sanguinolentas con coágulos.

Antecedentes personales

Cirugías: colecistectomizado por litiasis biliar sintomática hace 5 años.

Alergias: niega.

Fumador ocasional en eventos sociales.

Medicación: Alprazolam 0.5 mg por la noche para aliviar el estrés, debido al riesgo de perder su trabajo. Aspirina 1 comprimido dos o tres veces por semana por jaqueca interpretada como tensional.

Acidez una vez cada 10-15 días.

Actividades físicas no realiza.

Dieta: desordenada, irregular debido a que no tiene tiempo para almorzar. Sólo realiza un desayuno liviano, ingiere galletitas o facturas durante el día. Única comida importante la cena, acostándose inmediatamente luego de cenar.

Mate y café Ingesta abundante durante la jornada laboral.

Vino: 500 ml por día.

Actividades físicas no realiza.

Antecedentes familiares

Madre fallecida a los 55 años por cardiopatía dilatada.

Padre fallecido por cáncer de colon a los 69 años.

Examen físico

Paciente pálido, TA 100/50 mm Hg, FC 105 x minuto

Inspección cicatrices de colecistectomía laparoscópica.

Laboratorio

Hto 38% GB 6.700/ml. Hb 12.5 g/dl; GR: 4.000.000 /ml

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
 - Clínica Médica
 - Gastroenterología

- Diagnóstico por imágenes
- Farmacología
- Anatomía Patológica

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21st Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECAA, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECAA, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECAA: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1^{era} Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3^{era} Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "The Washington Manual of Medical Therapeutics" 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "Patología estructural y funcional". 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "Introducción a la Psiquiatría". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 28

HEPATITIS AGUDA



OBJETIVOS

- Conocer el cuadro clínico de las hepatopatías agudas
- Saber indicar adecuadamente los exámenes complementarios teniendo en cuenta especialmente la relación costo-beneficio y riesgo-beneficio
- Saber plantear los principales diagnósticos diferenciales
- Conocer las drogas que causan con más frecuencia hepatotoxicidad
- Saber planear un tratamiento adecuado

CONTENIDOS

- Características de los virus de las hepatitis A, B, C, E, delta. Antígenos.
- Epidemiología de la Hepatitis A, B, C, D y E.
- Anatomía patológica.
- Cuadro clínico. Alteraciones bioquímicas.
- Diagnóstico.
- Complicaciones de las hepatitis víricas agudas y momento de aparición.
- Evolución y pronóstico.
- Tratamiento.
- Profilaxis: Normas higiénicas y sanitarias. Inmunización pasiva-activa

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Anatomía del abdomen
- Fisiología y fisiopatología hético-biliar
- Semiología abdominal
- Métodos de diagnóstico por imágenes
- Laboratorio hepático
- Virología

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos Personales

Gonzalo, 22 años

Estado civil: soltero

Vivienda: casa de material precaria, sin agua corriente. El barrio no tiene cloaca.

Nivel educativo: primario incompleto

Motivo de consulta

Astenia, orinas oscuras y dolor en hipocondrio derecho

Enfermedad actual

Comienza con un cuadro de 10 días de evolución caracterizado por astenia, decaimiento y sensación subfebril. Consulta al centro de salud donde lo interpretan como un cuadro gripal y lo medican con paracetamol. Cinco días previo al ingreso agrega orinas oscuras y la mamá refiere un tinte amarillento de piel y mucosas. De tres días refiere dolor en hipocondrio derecho de tipo continuo sin irradiación, intensidad cinco para diez que no se modifica con los cambios de posición.

Hábitos

Constipación de larga data.

Dieta variada, pocas verduras.

Ingesta compulsiva de golosinas.

Antecedentes personales

Apendicectomía a los 3 años.

Alteraciones neurológicas, retraso mental moderado de nacimiento, por sufrimiento fetal. Por tal motivo concurre a una escuela especial para personas discapacitadas realizando jornada completa de 8.00 hs a 18.00hs.

Epilepsia desde el mes de vida en tratamiento actual con ácido valproico y carbamacepina.

Antecedentes familiares

Madre de 44 años, viva, con hipertensión arterial tratada con enalapril

Padre vivo 45 años. Le dijeron de chico que tenía la bilirrubina alta pero que eso no le iba a traer problemas, y nunca más se estudió.

Dos hermanos sanos.

Examen físico

Signos vitales: Presión arterial 120/80 mmHg. Temperatura 37.5°C FC: 72 latidos/minuto

Peso: 96 kg. Talla: 172 cm

Ictericia cutáneo-mucosa. Escleras ictéricas.

Cicatriz de apendicectomía

Hígado a 3cm del reborde costal derecho, de consistencia levemente aumentada y doloroso a la palpación profunda. No se palpa esplenomegalia

Resto del examen físico: sin particularidades

Laboratorio

Hematocrito 35% Glóbulos blancos: 4.800 x mm³ (fórmula: N 63%, E1%, B 1%, L 28%, M 0%). Eritrosedimentación: 1era hora: 25mm. Glicemia 0,87 gr/dl, Uremia 0,23 gr/dl, Orina con pigmentos biliares y urobilina aumentada.. TGP (ALT) 3000 UI/L, TGO (AST) 2356 UI/L. Bilirrubina total: 8,6 mg/dl Directa: 6,4 mg/dl, Indirecta: 3,2 mg/dl, Tiempo de protrombina: 14" testigo 12"

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
 - Clínica Médica
 - Gastroenterología
 - Diagnóstico por imágenes
 - Nutrición
 - Farmacología
 - Bioquímica
 - Laboratorio
 - Anatomía Patológica
 - Epidemiología
3. Preparar información para ser difundida entre la población acerca de cuáles son las medidas preventivas para evitar el contagio de las hepatitis infecciosas.

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "*Textbook of Medicine*" 21st Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "*Medicina Interna*". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "*Las bases farmacológicas de la terapéutica*". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "*Terapéutica Clínica*". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "*Medicina Ambulatoria*". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "*Urgencias en psiquiatría*". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "*Fundamentos en Dermatología Clínica*". 1^{era} Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "*Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria*". 3^{era} Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "*The Washington Manual of Medical Therapeutics*" 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "*Patología estructural y funcional*". 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "*Introducción a la Psiquiatría*". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 29

HEPATOPATÍAS CRÓNICAS

OBJETIVOS

- Conocer las etiologías más comunes de un cuadro de hipertransaminemias asintomática
- Conocer la metodología diagnóstica y saber indicar y contraindicar adecuadamente cada uno de los procedimientos en atención primaria
- Tener claro criterio de interconsulta y derivación al especialista.

CONTENIDOS

- Clasificación etiológica de la enfermedad asintomática del hígado
- Anatomía patológica.
- Cuadro clínico de las hepatopatías crónicas.
- Diagnóstico de laboratorio.
- Tratamiento.

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Anatomía, histología y fisiología del sistema digestivo (Crecimiento y desarrollo)
- Necesidades energéticas, proteicas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales, para adolescente, adulto joven y adulto mayor (Nutrición).
- Clasificación de los alimentos -Valor de los alimentos (Nutrición)
- Metabolismo del hemo. Ciclo enterohepático. Metabolismo de la bilirrubina (Injuria)
- Complicaciones de la inflamación aguda y de la inflamación crónica (Area Defensa)
- Interacciones medicamentosas (Injuria)
- El tabaco como noxa (Injuria)
- El fenómeno de socialización del alcohol (Injuria)
- Lesiones crónicas producidas por el alcohol (Injuria)
- Anamnesis aplicada al reconocimiento del paciente alcohólico (Método CAGE)
- Injurias biológicas: los virus (Injuria)

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos Personales

Graciela, de 50 años.

Estado civil: casada

Ocupación: empleada de banco

Vivienda: de material y agua corriente

Motivo de consulta

Hipertransaminasemia

Enfermedad actual

En un chequeo de rutina solicitado por su ginecólogo, previo a la indicación de estrogenoterapia, se le encontró hipertransaminasemia a predominio de TGP (ALT) 89 UI/L (valor normal: hasta 18 UI/L) y TGO (AST) 68 UI/L (valor normal: hasta 22 UI/L).

Refiere sensación brusca de calor y enrojecimiento facial desde hace 2 meses, coincidente con el retiro de los períodos menstruales, razón por la cual consultó al ginecólogo. No manifiesta ningún otro síntoma agregado

Hábitos

Ex fumadora de 40 cigarrillos por día hasta hace 20 años

Alcohol 40-60 gramos por día. Toma vino con la cena.

No consume bebidas blancas

Alimentación variada aunque refiere ser "de poco comer".

26

Antecedentes personales

Tres hijas, sanas

Herniorrafia inguinal a los 26 años

Menarca 12 años

Transfundida en dos oportunidades a los 26 años luego del primer parto

Antecedentes familiares

Madre viva y sana

Padre fallecido a los 70 años por cirrosis hepática

Examen físico

Presión arterial 120/70 mmHg. Peso 66 Kg Altura 164 cm

Cicatriz de herniorrafia inguinal. Hepatomegalia indolora, aumentada difusamente de consistencia, a 5 cm del reborde costal derecho. Se palpa polo de bazo a 2 cm por debajo del reborde costal izquierdo de consistencia normal.

Resto del examen físico sin particularidades

Laboratorio

Glóbulos Rojos: 4.187.000 x mm³, Glóbulos Blancos: 6.800 x mm³ (fórmula: N 66%, E 1%, B 0%, L 25%, M 1%). Eritrosedimentación: 14 mm primera hora Glicemia 0,78 gr/dl, Uremia 0,34 gr/dl, Orina normal. TGP (ALT) 89 UI/L, TGO (AST) 68 UI/L

Bilirrubina total: 2,6 mg/dl Directa: 1,6 mg/dl, Indirecta: 1,0 mg/dl, Tiempo de protrombina: 17" testigo 12".

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
 - Clínica Médica
 - Gastroenterología
 - Diagnóstico por Imágenes
 - Salud Mental
 - Nutrición
 - Anatomía Patológica
 - Medicina Social
 - Salud Mental

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "*Textbook of Medicine*" 21st Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "*Medicina Interna*". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "*Las bases farmacológicas de la terapéutica*". Ed. Panamericana.
- GRECAA, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "*Terapéutica Clínica*". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECAA, GALLO R, PARODI R: "*Medicina Ambulatoria*". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECAA: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "*Urgencias en psiquiatría*". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "*Fundamentos en Dermatología Clínica*". 1^{ra} Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "*Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria*". 3^{ra} Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "*The Washington Manual of Medical Therapeutics*" 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "*Patología estructural y funcional*". 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "*Introducción a la Psiquiatría*". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 30

DIARREAS AGUDAS Y CRÓNICAS

OBJETIVOS

- Conocer las principales enfermedades que causan diarrea aguda
- Conocer las principales enfermedades que causan diarrea crónica
- Métodos de diagnósticos
- Algoritmos de diagnósticos
- Pautas de tratamientos.

CONTENIDOS

- Concepto de diarrea.
- Fisiopatología. Diarrea osmótica. Diarrea secretora. Diarrea compleja.
- Evaluación del paciente con diarrea. Forma de presentación y curso de la diarrea.
- Características de las heces.
- Relación con los alimentos.
- Antecedentes de promiscuidad sexual.
- Sintomatología acompañante. Enfermedades asociadas.
- Pruebas diagnósticas iniciales: sangre oculta, examen microscópico,, coprocultivo.
- Pruebas diagnósticas específicas: Técnica de Van de Kamer. Prueba de la D-Xilosa. Test de $\alpha 1$ antitripsina.
- Tratamiento. Dieta y suplementos nutricionales. Antibióticos y prebióticos. Derivados opiáceos (loperamida). Agentes anticolinérgicos. Subsalicilato de bismuto

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Anatomía, histología y fisiología normales del sistema digestivo (Nutrición)
- La influencia de las condiciones sociales y culturales en la alimentación (Nutrición)
- Índices de masa corporal, etc (Nutrición)
- Definición de diarrea. Mecanismo fisiopatológico. Causas más frecuentes. Metodología de estudio (Injuria)
- Injurias psíquicas (Injuria)
- Agua, basura y eliminación de excretas y vectores (Injuria)

SITUACION PROBLEMA

Datos Personales

María, 35 años de edad.

Casada.

Cocinera en un restaurant.

Casa de material con todos los servicios y cloacas.

Nivel educativo: Secundario incompleto

Motivo de consulta

Diarrea, distensión abdominal, astenia

Enfermedad actual

Paciente que comienza con un cuadro de días de evolución caracterizado por astenia, decaimiento y episodios de deposiciones diarreicas en número de 5 por día, con algunas estrias sanguinolentas. Es medicada con crema de bismuto y dieta disminuyendo el número de deposiciones, pero agrega algunos registros de fiebre de 38°. Refiere que su hija tuvo un cuadro similar hace unos días pero cedió con la toma de un antidiarreico. Ella cree que todo fue desencadenado después del viaje que hicieron el fin de semana anterior con su familia a visitar unos primos al norte de Santa Fe y tomaron agua de pozo.

Lo que a ella le llama la atención es que cada tanto se le producen estos cuadros de diarrea que le duran un par de días pero sin fiebre, se le hincha el abdomen y después le ceden haciendo un poco de dieta.

30

Antecedentes personales

Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina.

Desde hace una semana está tomando amoxicilina/clavulánico por una infección dentaria

Dieta variada, no consume alcohol, consume pocas verduras e ingiere muchas pastas.

Alergias: niega.

Antecedentes familiares

Madre hipertensa, falleció a los 45 años, no recuerda bien de que pero si se acuerda que sufría de cuadros de diarrea y era muy delgada.

Padre vivo, 68 años de edad. HTA en tratamiento con enalapril.

Hermanos no tiene

Examen físico

Paciente que impresiona moderadamente enferma. Afebril. PA 120/70 mmHg.

Peso: 53kg: 165 cm.

Abdomen blando, depresible, levemente doloroso a la palpación en epigastrio. Cicatriz de colecistectomía.

Lesiones en piel a predominio de ambos codos, de tipo descamativo, eritematosas.

Aparato Respiratorio: murmullo vesicular conservado.

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
 - Clínica Médica
 - Gastroenterología
 - Diagnóstico por imágenes
 - Nutrición
 - Farmacología
 - Bioquímica
 - Laboratorio
 - Anatomía Patológica
 - Salud mental
 - Epidemiología.



BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21ª Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1ª Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3ª Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "The Washington Manual of Medical Therapeutics" 29ª Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "Patología estructural y funcional". 7ª Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "Introducción a la Psiquiatría". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 31

CÁNCER DE COLON

OBJETIVOS

- Conocer las diferentes causas de dolor abdominal
- Definir síndrome de impregnación y conocer sus causas
- Conocer las principales neoplasias abdominales y sus manifestaciones clínicas
- Identificar factores de riesgo: herencia y ambiente
- Valorar los aspectos psicosociales
- Conocer la relación entre los síntomas de stress, ansiedad y depresión con patología orgánica del aparato digestivo.
- Conocer los métodos de estudio y de screening de neoplasias digestivas en la población.
- Tener claro concepto de oportunidad de interconsulta y/o derivación al especialista.
- Valorar la importancia de las modificaciones del estilo de vida como estrategia de prevención

CONTENIDOS

- Dolor abdominal: etiología, fisiopatología
- Síndrome de impregnación en oncología
- Cáncer de colon: definición, causas y factores de riesgos hereditarios y ambientales. Síntomas y signos. Evolución y diagnóstico.
- Pronóstico. Nociones de tratamiento oncológico y cuidados paliativos para la interacción del médico de atención primaria con los especialistas
- Prevención del cáncer de colon: la importancia de los hábitos de vida
- Métodos de screening poblacional

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Anatomía y fisiología del sistema digestivo
- Absorción, almacenamiento y utilización de los productos finales del proceso digestivo y su regulación (Nutrición)
- Formación y excreción de las heces (Nutrición)
- Necesidades nutricionales - Fibras dietéticas (Nutrición)
- La influencia de las condiciones sociales y culturales en la alimentación (Nutrición)
- Semiología del dolor abdominal (Injuria)
- Métodos diagnósticos en patología abdominal: Laboratorio, Ecografía, Radiología, Endoscopia, Tomografía (Injuria)
- Oncogénesis por agentes físicos químicos y biológicos (Injuria)
- Lesiones preneoplásicas (Injuria)

- El tabaco como noxa (Injuria)
- Concepto de prevención (Injuria)

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos Personales

Cristina, de 58 años

Estado civil: soltera. Un hijo varón.

Ocupación: desocupada. Trabajaba como secretaria hasta hace tres meses. Fue despedida por reestructuración de la empresa. Esto le generó gran angustia.

Estudios: primarios completos.

Vivienda de material con servicios completos.

Obra social: sin cobertura de obra social.

Motivo de consulta

Dolor abdominal

34

Enfermedad actual

Paciente con dolor abdominal de tres meses de evolución, de tipo continuo. La intensidad era leve al principio, luego fue aumentando progresivamente hasta hacerse en la última semana de intensidad moderada a severa. Es predominantemente centroabdominal. Al principio sólo diurno, en la última semana la ha despertado por la noche. No hay relación con las comidas ni con los movimientos.

Apetito normal. Perdió 6 kg de peso en tres meses.

En las últimas semanas se ha sentido muy asténica, con tendencia al llanto y con dificultad para conciliar el sueño.

Catarsis sin cambios.

Antecedentes personales

Apendicectomía a los quince años de edad.

Alérgica a la penicilina.

Fumador de 15 cigarrillos/día desde la adolescencia

Por razones de tiempo y de gusto suele comer sándwiches, pizzas o fritos y consume pocas verduras y frutas.

No toma alcohol

Hace poca actividad física

Antecedentes familiares

Padre fallecido por cardiopatía

Madre de 80 años hipertensa.

Tía paterna con pólipos de colon.

Examen Físico

PA 160/90 mm Hg. FC 72 por minuto regular. Temperatura 36.1°C

Peso 75 Kg. Altura 178 cm

Abdomen blando depresible e indoloro. Hígado y bazo de características normales.

Resto de examen s/p

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
 - Clínica Médica
 - Gastroenterología
 - Oncología
 - Diagnóstico por imágenes
 - Salud Mental
 - Farmacología
 - Laboratorio
 - Anatomía Patológica
 - Nutrición
 - Salud Mental
 - Ética

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21st Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1^{era} Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3^{era} Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "The Washington Manual of Medical Therapeutics" 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "Patología estructural y funcional". 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "Introducción a la Psiquiatría". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 32

SÍNDROME NEFRÍTICO/NEFROTICO

OBJETIVOS

- Conocer el abordaje del paciente con hematuria.
- Conocer las causas de hematuria y poder identificar el origen de la misma.
- Conocer las indicaciones de consulta especializada.
- Analizar los mecanismos de respuesta inmune ante diferentes noxas antigénicas.
- Comprender como responde el riñón cuando esta implicado en procesos inflamatorios de causa inmune.
- Establecer la influencia de la respuesta inmune en la definición fenotípica de la lesión glomerular.
- Conocer la manifestación clínica del síndrome nefrítico.
- Conocer metodología diagnóstica e interpretación de las mismas.
- Conocer el tratamiento básico de este cuadro en atención primario y las indicaciones de consulta y/o derivación al especialista.
- Comprender la repercusión emocional de los procesos patológicos según el medio social, cultural y características psíquicas.

CONTENIDOS

- Relación ambiente salud.
- Relación huésped y agentes infecciosos.
- Definición de mecanismos inmunes.
- Estructura glomerular.
- Expresión bioquímica y clínica del proceso inflamatorio renal de etiología inmune.
- Establecer metodologías diagnosticas de las glomerulopatias

CONTENIDOS DESAGREGADOS

- Determinantes biológicos, sociales y económicos en la evolución de los procesos patológicos.
- Características y mecanismos de respuesta del sistema inmunológico. Alteraciones fenotípicas glomerulares y formas de presentación clínica.
- Síndrome nefrítico: definición y manifestación clínica.
- Síndrome nefrótico: definición y manifestación clínica
- Evolución y factores pronósticos en la lesión glomerular.

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Anatomía, fisiología y fisiopatología del aparato urinario
- Anatomía patológica de las enfermedades glomerulares
- Semiología del aparato urinario
- Diagnóstico por imágenes del aparato urinario normal.

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos personales

Martín, 19 años, soltero, vive con sus padres y sus 2 hermanos menores de 16 y 14 años. Trabaja en un supermercado descargando mercadería.

Estudios: primario completo

Vivienda: de material con agua corriente y sin cloacas

Motivo de consulta

Astenia. Edema bipalpebral y perimaleolar. Orinas rojas. Oliguria. Náuseas y vómitos.

Enfermedad actual

Consulta por cuadro de una semana de evolución de malestar general, agregando en los últimos 5 días edemas bipalpebrales y perimaleolares, a predominio matutino, que se exacerbaban en forma progresiva, y se acompañan en los últimos 3 días de orinas rojas rutilantes compatibles con hematuria macroscópica, disminución progresiva del ritmo diurético, con oliguria franca no cuantificada en las últimas 24 horas, y náuseas y vómitos en las horas previas a la consulta.

Dos semanas previas al inicio del cuadro descrito refiere haber presentado infección cutánea sobre eczema interdigital a nivel de ambos pies, por el cual no consultó ni recibió tratamiento. Presenta aún signos de impetiginización.

Antecedentes personales

Eczema en manos y pies de 5 años de evolución, sin tratamiento.

Apendicectomía a los 9 años de edad.

Niega otros antecedentes patológicos de jerarquía.

Hábitos

Fuma 15 cigarrillos/día desde los 16 años

Consumo de alcohol todos los fines de semana, aproximadamente 15 gramos por fin de semana.

Niega consumo de drogas

Dieta variada

Antecedentes familiares:

Padre y madre vivos, no se conocen enfermos

Dos hermanos sanos.

Examen físico

Lúcido, orientado, impresiona adinámico.

TA: 160/95 mmHg FC: 102 latidos/min. Peso: 78 kg Talla: 175 cm

Facie edematosa con marcado edema bipalpebral frío.

Sin lesiones orofaríngeas

Edema godet +++ perimaleolar bilateral, frío, indoloro. Lesiones impetiginizadas interdigitales en ambos pies

que asientan sobre zona de eczema. Eczema en cara plantar de ambas manos.

Resto examen físico sin particularidades

Estudios complementarios

Hematocrito: 42% Hemoglobina 12,8 g/dl, Glóbulos blancos: 8800/mm³, Neutrófilos 67% eosinófilos 3% basófilos 0% linfocitos 24% monocitos 6%. Plaquetas 170.000/mm³, glucemia 92 mg/dl, urea 92 mg/dl, creatinina 1,78 mg/dl, Na: 138 mEq/l, K: 5,3 mEq/l, Cl: 104 mEq/l. VES: 45 mm/hora, colesterol total: 194 mg/dl

Orina completa: Aspecto: hemático. pH 6 densidad 1020 g/cm³ proteinuria 720 mg/l, Hemoglobinuria +++ . Sedimento urinario: abundantes hematíes y leucocitos. Abundantes cilindros hemáticos y leucocitarios. Aislados cilindros granulosos.

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica
2. Consulta con expertos
 - Clínica Médica
 - Nefrología
 - Otorrinolaringología
 - Infectología
 - Microbiología
 - Anatomía Patológica
 - Diagnóstico por Imágenes
 - Laboratorio
 - Salud Mental
 - Medicina y Sociedad
 - Farmacología

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21st Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECAA, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECAA, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECAA: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1^{era} Ed 2011. Journal. Buenos Aires

- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "*Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria*". 3^{era} Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "*The Washington Manual of Medical Therapeutics*" 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "*Patología estructural y funcional*". 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "*Introducción a la Psiquiatría*". 3^a Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 33

INSUFICIENCIA RENAL

OBJETIVOS

- Comprender la importancia del deterioro funcional irreversible de un órgano vital como es el riñón.
- Comprender la evolución asintomática y solapada de la enfermedad renal crónica en la mayor parte de los casos.
- Hacer prevención de esta patología con métodos de screening masivos o reconocer en forma temprano pacientes de alto riesgo de desarrollo de la nefropatía como ser hipertensos y diabéticos.
- Comprender la problemática social que genera en el entorno del paciente y en el medio la nefropatía crónica.
- Comprender la dependencia de vida que tiene un paciente con insuficiencia renal crónica terminal a las terapias de sustitución o un trasplante renal.
- Comprender la gran cantidad de recursos económicos y humanos que necesita el estado para solventar esta enfermedad

CONTENIDOS

- Reconocer síntomas y signos tempranos del deterioro del filtrado glomerular
- Reconocer el valor que tiene el análisis de orina para mostrar alteraciones renales.
- Reconocer pruebas de laboratorio que demuestren la disminución del filtrado glomerular.
- Comprender los mecanismos fisiopatológicos de la insuficiencia renal para enlentecer la disminución del filtrado glomerular.
- Comprender los factores de progresión y las causas de deterioro agudo de la filtración glomerular.
- Comprender las consecuencias hematológicas, cardiovasculares, neurológicas, digestivas y óseas de la insuficiencia renal.
- Comprender las alteraciones del medio interno asociados a la insuficiencia renal.
- Conocimiento básico de las opciones de tratamiento para la insuficiencia renal crónica terminal: hemodiálisis, diálisis peritoneal crónica y trasplante renal.
- Reconocer la importancia de la donación de órganos e identificar probables donantes cadavéricos para un trasplante renal.

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Anatomía, fisiología y fisiopatología del aparato urinario
- Semiología de las enfermedades renales
- Diagnóstico por imágenes del aparato urinario normal
- Valores normales del laboratorio relacionado con el medio interno

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos personales

José, 72 años, viudo, vive solo. Tiene 3 hijos que no viven con él, pero lo visitan con una frecuencia aproximadamente semanal.

Jubilado. Trabajaba como albañil hasta los 65 años de edad

Estudios: primario completo

Vivienda: de material con agua corriente y con cloacas

Motivo de consulta

Diarrea, dolor abdominal, astenia, anorexia, oliguria, náuseas y vómitos

Enfermedad actual

Consulta por cuadro de 5 días de evolución de diarrea acuosa, de 5 deposiciones diarias, sin moco pus ni sangre, acompañado de dolor abdominal tipo cólico, astenia y anorexia. Por dicho cuadro se automedica con homatropina 4 mg cada 8 horas e ibuprofeno 400 mg cada 8 horas, con mejoría del dolor abdominal. En las últimas 48 horas disminuye el número de deposiciones a 2 por día con aumento de la consistencia de las heces, pero se exacerba la astenia y anorexia y nota oliguria que no logra cuantificar. En las 6 horas previas a la consulta agrega náuseas y vómitos de contenido gástrico con empeoramiento del estado general. Niega fiebre. Uno de sus hijos lo trae a la consulta.

Antecedentes personales

Hipertenso en tratamiento con enalapril 20 mg/día desde hace 20 años, último control médico hace 5 años aproximadamente.

Artrosis de rodillas, por lo cual consume ocasionalmente diclofenac 50 mg, hasta 3 veces por día.

Niega otros antecedentes patológicos de jerarquía.

Hábitos

No fuma.

No consume alcohol.

Cumplimiento irregular de dieta hiposódica

Antecedentes familiares

Padre fallecido por cáncer de colon a los 80 años de edad.

Madre fallecida a los 70 años, desconoce causa.

Tres hijos vivos sanos.

Examen físico

Paciente lúcido, orientado en tiempo y espacio. Adinamia. Impresiona moderadamente enfermo.

Presión arterial 100/55 mmHg. FC: 105 latidos/min. FR: 28 ciclos/min. Peso 68 kg. Talla 168 cm.

Marcada sequedad de piel y mucosas.

Sin distensión venosa yugular. Pulsos carotídeos simétricos sin soplos.

Soplo sistólico aórtico 3/6 sin irradiación.

Buena entrada bilateral de aire sin ruidos agregados.

Puño percusión negativa bilateral.

Abdomen blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaéreos conservados. Sin visceromegalias.

Sin edemas periféricos. Pulsos periféricos conservados.

Examen neurológico sin particularidades.

Estudios complementarios:

Hematocrito: 48% Hemoglobina 14,6 g/dl, Glóbulos blancos: 8500/mm³, neutrófilos 65% eosinófilos 2% basófilos 0% linfocitos 25% monocitos: 8%. Plaquetas: 180.000/mm³, glucemia 76 mg/dl, urea 115 mg/dl, creatinina 1,56 mg/dl, Na 148 mEq/l, K 3,3 mEq/l, Cl 112 mEq/l.

Orina completa: Aspecto límpido. Densidad: 1025 g/cm³. Escasos leucocitos. Regular células. Na urinario: 10 mEq/l.

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica
2. Consulta con expertos
 - Clínica Médica
 - Nefrología
 - Cardiología
 - Neumonología
 - Diagnóstico por Imágenes
 - Laboratorio
 - Salud Mental
 - Medicina y Sociedad
 - Farmacología

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21ª Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1ª Ed 2011. Journal. Buenos Aires

- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "*Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria*". 3^{era} Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "*The Washington Manual of Medical Therapeutics*" 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "*Patología estructural y funcional*". 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "*Introducción a la Psiquiatría*". 3^a Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 34

RINOSINUSOPATÍAS

OBJETIVOS

Conocer las Rinosinusopatías

Reconocer la importancia del medioambiente en la salud

Valorizar el impacto de las enfermedades rinosinusales en la calidad de vida

CONTENIDOS

- Historia natural de las Rinosinusopatías.
- Clínica: motivo de consulta, tiempo de evolución, síntomas y signos (rinorrea, mucosa, mucopurulenta, sanguinolenta, maloliente, etc.; dolor, tos, fiebre, etc.); tratamientos realizados, aspectos psicosociales (influencia de la enfermedad en su vida diaria), aspectos éticos, posibilidades de recuperación o rehabilitación.
- Evaluación de los factores:
 - Rino-Sinuso-Adenoideos
 - Inmunológicos
 - Odontógenos
 - Traumáticos
 - Aspectos psicodinámicos en las rinosinusopatías
 - Prevención: primaria, secundaria y terciaria
 - Tratamiento

CONTENIDOS DESAGREGADOS

- Bases anatómicas y fisiológicas de las vías respiratorias superiores.
- Trastornos respiratorios y deglutorios
- Rinosinusopatías: definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento Complicaciones
- Rinusinusopatías agudas, crónicas y recurrentes.
- Examen rinosinusal: microscópico y endoscópico
- Importancia de la integridad y del buen funcionamiento nasal y su repercusión bio-psico-social
- Educación y control ambiental
- Farmacoterapia
- Inmunoterapia
- Indicaciones quirúrgicas

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Anatomía y fisiología de las vías aéreas superiores (VAS).
- Área salud y trabajo (UABP 10)
- Sistema inmune (UABP N° 8, Ciclo Promoción de la Salud, Área Crecimiento y Desarrollo)

- Ecología y Medio Ambiente. (Área "El ser humano y su medio" UABP 1-5)
- Historia clínica: anamnesis, examen otorrinolaringológico
- Interpretación de radiología, TAC, Imágenes endoscópicas de nariz y rinofaringe.
- Laboratorio. Pruebas funcionales nasales
- Reconocer estilos y condiciones de vida perjudiciales del paciente con rinosinusopatías

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos personales

Carlos de 33 años de edad.

Estado civil: soltero.

Ocupación: Empleado administrativo.

Vivienda: casa de material con todos los servicios y cloacas.

Motivo de consulta

Obstrucción nasal

46

Enfermedad actual

Luego del último resfriado, hace tres semanas aproximadamente, continúa congestionado y debido a la obstrucción nasal comenzó a utilizar gotas nasales.

Relata que hace varios meses tose a la noche. Realizó varias consultas en la sala del dispensario de su barrio, le daban descongestivos y en algunas oportunidades antibióticos, que no recuerda sus nombres.

Hace 15 días en una de esas visitas le pidieron análisis y Rx. Luego de evaluar los estudios deciden derivarlo al Servicio de ORL del Hospital Centenario.

Antecedentes personales

Recuerda que fue operado de adenoides a los 5 años y que el pediatra lo derivó para una interconsulta al alergista pero no recuerda porque motivo su madre no pudo llevarlo

Hábitos

Fumador de 20 cigarrillos diarios

Practica natación "cuando puede"

Antecedentes familiares:

No significativos

Examen físico:

Inyección conjuntival. Epífora.

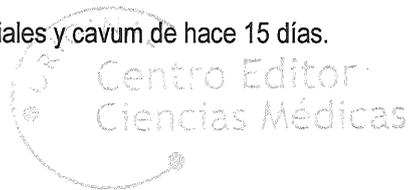
Dolor a la presión de hueso malar derecho.

Auscultación cardiopulmonar normal.

Resto del examen físico: sin particularidades.

Exámenes complementarios

Exámenes complementarios realizados: laboratorio y radiología de senos faciales y cavum de hace 15 días.



ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica
2. Entrevistas con expertos
 - ORL
 - Clínica Médica
 - Alergología
 - Fonoaudiología
 - Diagnóstico por Imágenes
 - Odontología
 - Inmunología
 - Medicina y Sociedad

3. Talleres

Video Imágenes

CD: TAC del macizo facial, imágenes endoscópicas de nariz y rinofaringe.

Rino-faringo-laringo-fibroscopía

Laboratorio de habilidades

INTERNET(fcm-unr.edu.ar)

4. Seminario disciplinar

Rinosinusitis

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21st Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECAA, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECAA, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECAA: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1^{era} Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3^{era} Ed. UNR Editora 2006 Rosario.

- *"The Washington Manual of Medical Therapeutics"* 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3^a Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- Anatomía, fisiología, normoacusia, hipoacusias (Seminarios de la Cátedra de ORL)
- Video Fisiología Auditiva Dr. Roque Graziadei Marrapodi
- PAPARELLA, SHUMRICK, GLUCKMAN, MRYERHOFF: *"Otorrinolaringología"*. Tomo II 3era.edición Otolología. Ed. Médica Panamericana
- SUÁREZ, MARINÉS: *"La comunicación humana"*
- DIAMANTE V: *"Otorrinolaringología y afecciones conexas"*. 2da.edición. Ed. Promedicina
- Fichas bibliográficas: Antibióticos, descongestivos, oxigenadotes cerebrales, vasodilatadores, corticoides, vacunas. INTERNET (fcm-unr.edu.ar)

Unidad Temática 35

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

OBJETIVOS CONCEPTUAL

- Saber reconocer los síntomas de disfunción transitoria focal del SNC
- Saber discriminar entre patología orgánica o funcional
- Saber reconocer las causas y el mecanismo de las alteraciones cerebrovasculares
- Reconocer los factores de riesgo que pueden llevar a las enfermedades cerebrovasculares
- Conocer las formas de prevención de la enfermedad cerebrovascular
- Conocer los métodos de diagnóstico complementarios
- Saber indicar el tratamiento al alcance del médico de atención primaria si corresponde o de realizar la interconsulta programada con el especialista o derivar a un centro especializado.

OBJETIVOS PROCEDIMENTALES

- Confeccionar una lista con los factores de riesgo cardiovasculares del paciente
- Clasificar la enfermedad cerebrovascular según anatomía, clínica, tiempo de evolución
- Diagnósticos diferenciales
- Discutir la metodología diagnóstica. uso racional de los diferentes métodos.

CONTENIDOS

- Estudio epidemiológico de las enfermedades cerebrovasculares
- Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares
- Factores de riesgo vascular aplicados a las arterias cerebrales
- Presentación clínica
- Métodos de diagnóstico
- Evolución y pronóstico
- Terapia preventiva

CONTENIDOS DESAGREGADOS

- Epidemiología: incidencia y prevalencia
- Enfermedad cerebrovascular isquémica. Factores de riesgo. Fisiopatología en jóvenes y personas mayores: trombosis, embolias, alteraciones hematológicas, cambios hemodinámicos.
- Presentación clínica: ataques isquémicos transitorios, infartos establecidos y en evolución.
- Clínica de acuerdo al territorio vascular afectado y semiología correspondiente
- Enfermedad cerebrovascular hemorrágica: hemorragia intraparenquimatosa y hemorragia subaracnoidea. Factores de riesgo. Fisiopatología. Presentación clínica, semiología de ambas
- Metodología diagnóstica: indicación de los estudios complementarios en cada caso: Tomografía computada. Resonancia magnética. Punción lumbar. Eco Doppler de vasos del cuello
- Prevención primaria y secundaria de los ACV

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Anatomía, Fisiología y Fisiopatología del SNC y de sus vasos sanguíneos. Territorios de irrigación de las principales arterias.
- Concepto de flujo sanguíneo cerebral y factores que lo modifican
- Semiología aplicada al SNC
- Conceptos sobre dieta y nutrición. Importancia del consumo de cloruro de sodio en el desarrollo y/o mantenimiento de la hipertensión arterial.
- Métodos de diagnóstico en patología vascular cerebral

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos Personales

Carlos, 81 años de edad.

Estado civil: casado, 2 hijos.

Domicilio: Rosario

Nivel educativo: secundario incompleto.

Ocupación: jubilado

Obra social: PAMI

Motivo de Consulta

Debilidad en hemicuerpo izquierdo

Enfermedad actual

Recuerda que hace aproximadamente 10 días, comenzó a tener debilidad en brazo izquierdo, de alrededor de 10-15 minutos de duración y que se repitieron desde entonces en varias ocasiones. Le ocurrieron en cualquier momento del día y comenzaban bruscamente. Tras cada uno de esos episodios, volvía a recuperar la fuerza del brazo.

Ahora el cuadro es de inicio brusco, con debilidad de hemicuerpo izquierdo, lateralización comisura labial, babeo, disartria, e incoordinación motora de 30 minutos duración que cede espontáneamente, sin secuelas.

Hábitos

Ex fumador de 30 cigarrillos/día hasta la colocación de marcapaso hace 10 años. No ingiere bebidas alcohólicas. Sedentario.

Antecedentes personales

Hipertensión arterial medicado con enalapril, portador de marcapaso. Fibrilación auricular crónica en tratamiento con acenocumarol 1mg/día.

Dos by pass aortocoronarios en 2006.

Se automedica ocasionalmente con aspirina.

Antecedentes familiares

Padre fallecido a los 50 años de edad por cáncer de pulmón.

Madre fallecida a los 82 años por enfermedad cardiovascular, era hipertensa y estuvo muchos años en tratamiento por esa causa.

3 hijos sanos

Examen físico

Paciente lúcido, ubicado en tiempo y espacio.

PA: 130/105 mm Hg FC: 83 latidos por minuto. Altura: 170 cm, Peso. 92 Kg.

Auscultación de cuello: a izquierda normal; a derecha soplo suave a nivel de la carótida en la parte alta del cuello.

Pares craneanos, sensibilidad, coordinación, tono muscular, todos normales. Reflejos osteotendinosos normales. Respuesta plantar flexora bilateral normal. Fuerza conservada.

Resto del examen físico también normal

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica
2. Consultas con expertos:
 - Clínica Médica
 - Neurología
 - Cardiología
 - Oftalmología
 - Neumonología
 - Anatomía Patológica
 - Nutrición
 - Genética
 - Salud Mental
 - Diagnóstico por Imágenes
 - Farmacología

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21ª Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1ª Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3ª Ed. UNR Editora 2006 Rosario.

- “The Washington Manual of Medical Therapeutics” 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: “Patología estructural y funcional”. 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: “Introducción a la Psiquiatría”. 3^a Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- FUSTINONI O: *Semiología del Sistema Nervioso* 8^a ed. El Ateneo, 1972
- FUSTINONI-PERGOLA: *Neurología en esquemas*. 2^a ed. Editorial Panamericana, 2001
- LEIGUARDA RC.: *Neurología* 1^a ed. El Ateneo, 1992
- MICHELI: *Tratado de Neurología Clínica*. . 1^a ed. Panamericana, 2002
- INSUA Y FUKS: Evolución humana y dieta. www.nutrinfo.com.ar
- CATEDRA DE BIOLOGÍA, Fac. Ciencias. Médicas. UNR Nutrición (Cuaderno del alumno(UABP 2, 2003)

Unidad Temática 36

COMAS

OBJETIVOS

- Conocer las causas del coma.
- Conocer la fisiopatología y las características clínicas de las distintas causas de coma.
- Saber identificar la topografía de la lesión en base al examen físico.
- Saber seleccionar en forma correcta los distintos métodos diagnósticos.
- Conocer las medidas iniciales y el sitio de derivación según complejidad y gravedad del cuadro.

CONTENIDOS

- Epidemiología de las causas de coma
- Criterios de urgencia en el coma.
- Cuadro clínico de las distintas presentaciones según la afección y metodología diagnóstica racional.
- Medidas iniciales, tratamiento no farmacológico y farmacológico.
- Criterios de derivación a la sala general o a la unidad de cuidados intensivos (UTI).

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Biología molecular. Patrones de herencia humana (Crecimiento y desarrollo. Injuria)
- Anatomía del cerebro (Trabajo y Tiempo libre)
- Fisiología del cerebro (Trabajo y Tiempo libre)
- Concepto de presión arterial media, perfusión cerebral, focalidad neurológica (Trabajo y Tiempo libre)
- Semiología neurológica (Laboratorio de habilidades)
- Métodos de medición de la presión arterial y examen neurológico (Laboratorio de habilidades)
- Métodos diagnósticos: laboratorio, imágenes, etc.
- Relación del status psicosocial con la depresión del sensorio (Trabajo y tiempo libre)
- Crisis y ciclo de vida familiar. (Injuria)
- Como interviene la dieta, fármacos y hábitos para influir sobre el coma. (Injuria)
- Evolución humana: el hombre como cazador recolector (Crecimiento y desarrollo. Nutrición)
- Patrones de herencia (Crecimiento y desarrollo. Injuria)
- La influencia de las condiciones sociales y culturales en la alimentación (Nutrición)

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos Personales

Antonia 60 años. Nació y vive en Rosario.

Estado civil: casada 3 hijos

Ocupación: trabaja en un quiosco

Vivienda: casa de material con todos los servicios y cloacas.

Motivo de consulta

Depresión del sensorio

Enfermedad actual

Paciente traído a la sala de guardia por un servicio de emergencias, acompañado por sus familiares, quienes la encontraron tirada en el suelo de su vivienda. .

Antecedentes personales

Diabetes mellitus, en tratamiento con metformina 800 mg día

Hipertensión arterial en tratamiento con hidroclorotiazida 25 mg/12 hs

Tiroidectomía total hace 4 meses por Cáncer de tiroides, realizó tto con T4 actualmente suspendido para realización de estudio yodo radioactivo

Trastorno de ansiedad, en tratamiento con clonazepan 2 mg/día

Miomectomía uterina

Antecedentes familiares

Madre hipertensa en tratamiento con b bloqueantes

Padre secuelar de ACV, a los 35 años

Hábitos

Bebe 1 litro de cerveza por día

Examen físico

Paciente sin respuesta a órdenes verbales, localiza ante estímulos nociceptivos, lenguaje ininteligible.

Presión arterial 100/60 mmHg. Frecuencia cardíaca \pm 60 l/min, regular . Frecuencia respiratoria 15 ciclos/min. Temperatura 36.6°C.

Pupilas tamaño normal, simétricas y centrales, con respuesta adecuada a la luz.

Pulso regular. Ruidos cardíacos hipofonéticos, tanto 1er y 2° Ruido cardíaco

No rigidez de nuca, impresiona movilizar los cuatro miembros

Presenta respuesta plantar indiferente bilateral. Reflejos osteotendinosos conservados.

Auscultación pulmonar se auscultan rales crepitantes en campo pulmón izquierdo.

Abdomen s/p, miembros s/p.

Laboratorio

Hematocrito: 39%, hematíes 4.250.000 mm³, leucocitos 7.800 mm³, glicemia 115 mg/dl., uremia 56 mg/dl., creatinina 0,8 mg/dl., colesterol total: 260 mg/dl., triglicéridos 170 mg/dl., C-HDL 34 mg/dl, sodio: 125 mEq/l, potasio: 4,2 mEq/l, calcio: 7,8 mg/dl, ASAT: 40 UI/L, ALAT: 34 UI/L, bilirrubina total: 0,5 mg/dl, EAB: PH 7.36, Sat O₂ 87%, EB 10, HCO₃ 37, PCO₂ 64 PO₂ 51 .

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
 - Clínica Médica

- Neurología
- Diagnóstico por imágenes
- Farmacología
- Anatomía Patológica

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "*Textbook of Medicine*" 21st Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "*Medicina Interna*". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "*Las bases farmacológicas de la terapéutica*". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "*Terapéutica Clínica*". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "*Medicina Ambulatoria*". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "*Guardia Médica*". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "*Urgencias en psiquiatría*". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "*Fundamentos en Dermatología Clínica*". 1^{era} Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "*Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria*". 3^{era} Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "*The Washington Manual of Medical Therapeutics*" 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "*Patología estructural y funcional*". 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "*Introducción a la Psiquiatría*". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 37

ANEMIAS



OBJETIVOS

- Conocer las formas de presentación clínica de la anemia.
- Identificar causas según grupo etario, sexo, situación socioeconómica, antecedentes familiares o personales.
- Aprender a interpretar resultados de laboratorio para poder clasificar las anemias como macro, micro o normocíticas.
- Conocer metodología diagnóstica a aplicar para llegar al diagnóstico etiológico de cada paciente.
- Investigar manejo terapéutico de las anemias más frecuentes.

CONTENIDOS

- Epidemiología, formas de presentación clínica, metodología diagnóstica, algoritmos diagnósticos, conocimiento de datos de laboratorio.
- Necesidad de consulta a Hematología, indicaciones de la punción biopsia medular
- Terapéutica

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Valores de laboratorio: Hemograma, índices hematimétricos, reticulocitos, LDH, bilirrubina indirecta, haptoglobina, test de Coombs, estudio del hierro, dosaje de vitamina B12 y ácido fólico, etc.
- Hematopoyesis normal, requerimientos nutricionales para una hematopoyesis adecuada, causas de pérdidas hemáticas por tubo digestivo y aparato genital.

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos personales

Patricia, 66 años de edad

Estado Civil: casada, con 3 hijos y una hija.

Vive con su esposo, una de sus hijas casada y 3 nietos de 2 y 4 y 7 años de edad.

Ocupación: ama de casa

Estudios: secundario incompleto

Vivienda: de material con agua corriente y con cloacas

Motivo de consulta

Motivo de consulta: adinamia, disnea, palpitaciones, palidez cutánea mucosa

Enfermedad actual

Consulta por cuadro de adinamia progresiva, que empezó a notar hace aproximadamente 2 años, y se fue intensificando en los últimos meses hasta dificultar la realización de sus tareas domésticas y el cuidado de sus nietos. En los últimos meses agrega disnea a esfuerzos moderados y palpitaciones ocasionales a esfuerzos

menores. Refiere que su hija la ha notado particularmente pálida, incitándola a concurrir a la consulta.

Antecedentes personales

Gestas 4 partos 4. Menopausia espontánea a los 48 años de edad.

Al interrogatorio refiere además de larga data molestias gástricas, y en los últimos meses dificultad para concentrarse y parestesias en miembros inferiores.

Niega uso de medicamentos.

Niega pérdida de peso, alteraciones del hábito evacuatorio, hemorragias. Refiere controles ginecológicos hace aproximadamente 6 meses sin alteraciones.

Colecistectomía a los 32 años

Apendicetomía a los 12 años de edad

Hábitos

No fuma ni consume alcohol

No realiza actividad física fuera de las tareas domésticas que la tienen ocupada la mayor parte del día.

Dieta rica en grasas saturadas y frituras, pobre en verduras y frutas.

58

Antecedentes familiares

Padre fallecido por infarto agudo de miocardio a los 68 años de edad

Madre viva, hipotiroidea, con vitiligo.

Hijos y nietos sanos.

Examen físico

Lúcida, impresiona moderadamente enferma

Presión arterial: 110/65 mmHg. FC: 102 latidos/min. FR: 22 ciclos/min. Peso: 66 kg. Talla: 155 cm.

Palidez cutáneo-mucosa. Lengua lisa y despapilada. Conjuntivas pálidas. Escleras blancas. Vitiligo. Sin adenopatías. No se palpa hígado ni bazo. Al examen neurológico se constata hiperreflexia y disminución de la sensibilidad vibratoria en miembros inferiores.

Resto del examen físico sin particularidades

Exámenes complementarios:

Hematocrito 22% Hemoglobina 6,9 g/dl. Glóbulos rojos $2.100.000/\text{mm}^3$. VCM 115 fl; HCM 38 pg; CHCM: 38 g/dl; Reticulocitos: 0,3% Glóbulos blancos $3800/\text{mm}^3$, Plaquetas $90.000/\text{mm}^3$. Fórmula leucocitaria: Neutrófilos segmentados 62%; Eosinófilos 3%; Basófilos 0%; Linfocitos 28%; Monocitos 7%. VES: 1era hora: 24 mm; Glicemia 78 mg/dl; Uremia 28 mg/dl; Creatinina: 0,7 mg/dl, GOT 16 UI/l; GPT 19 UI/l; Bilirrubina 2,7 mg/dl, Bilirrubina indirecta 2,1 mg/dl; LDH: 4500 UI/l; TSH 3,4 mU/l. Orina completa sin particularidades.

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
 - Clínica Médica
 - Hematología

- Diagnóstico por imágenes
- Farmacología
- Anatomía Patológica

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "*Textbook of Medicine*" 21ª Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "*Medicina Interna*". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "*Las bases farmacológicas de la terapéutica*". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "*Terapéutica Clínica*". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "*Medicina Ambulatoria*". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "*Urgencias en psiquiatría*". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "*Fundamentos en Dermatología Clínica*". 1ª Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "*Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria*". 3ª Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "*The Washington Manual of Medical Therapeutics*" 29ª Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "*Patología estructural y funcional*". 7ª Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "*Introducción a la Psiquiatría*". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 38

ESTADOS HEMORRAGÍPAROS

OBJETIVOS:

- Adquirir conocimiento de la fisiología del sistema de coagulación.
- Aprender a identificar las distintas manifestaciones clínicas por las que puede consultar un paciente que presenta una enfermedad de la hemostasia.
- Manejar las pruebas básicas de laboratorio con las que puede estudiarse a un paciente con una presunta coagulopatía.
- Adquirir conocimiento sobre las patologías que más frecuente-mente afectan la hemostasia.
- Que el alumno sea capaz de integrar los aspectos psicológicos y sociales frente a un paciente que sangra.

CONTENIDOS:

- Fisiología de la hemostasia: Hemostasia Primaria: endotelio-plaqueta (adhesión, activación, agregación). Hemostasia Secundaria: factores de la coagulación. Vía intrínseca, extrínseca y vía final común (formación de la fibrina). Mecanismos reguladores: Inhibidores naturales de la coagulación (Proteína C, S, Antitrombina III, Cofactor II de la heparina, etc.). Sistema fibrinolítico.
- Exploración clínica de la hemostasia: Interrogatorio de sitios de sangrado, circunstancias asociadas, historia familiar, patologías asociadas (hepatopatías, insuficiencia renal, enfermedades medulares, etc.) Examen físico: identificar entre el sitio de sangrado y defecto de la hemostasia.
- Exploración de la hemostasia a través del laboratorio. Hemostasia primaria: Pruebas básicas (recuento de plaquetas, tiempo de sangría, test del lazo, retracción del coágulo). Pruebas específicas (agregación y adhesión). Hemostasia secundaria: Tiempo de Protrombina, KPTT o APTT, tiempo de trombina, dosaje de factores. Fibrinólisis: tiempo de lisis del coágulo, lisis de euglobulinas, PDF, Dímeros D, dosaje de plasminógeno, plasmina, etc.
- Patologías que cursan con sangrados: La importancia del trabajo con un equipo multidisciplinario. Púrpuras, Hemofilia A y B, Enfermedad de Von Willebrand, Déficit de vitamina K, hepatopatías, Coagulación intravascular diseminada (CID), inhibidores específicos, Hiperfibrinólisis primaria.

CONTENIDOS A RECUPERAR:

- Mecanismo fisiológico de la hemostasia
- El valor de la historia clínica y el examen físico que permitirán distinguir las alteraciones de la hemostasia primaria de la hemostasia secundaria.
- Hemograma normal
- Coagulograma normal

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos Personales:

Nombre: María G.

Fecha de nacimiento: 07/01/ 89

Domicilio: San Lorenzo.

Ocupación: empleada

Motivo de consulta:

Hematomas espontáneos

Enfermedad actual:

Paciente de 20 años de edad, que trabaja de promotora en un supermercado, consulta porque nota la aparición de hematomas en piernas desde hace 1 mes y han ido aumentando progresivamente.

Refiere estar preocupada porque su padre falleció de leucemia hace 1 año y a él también le aparecían hematomas.

Antecedentes personales:

Apendicectomía a los 15 años de edad

Cefaleas frecuentes por lo cual consume antiinflamatorios no esteroideos (AINES)

Ultima menstruación abundante

Antecedentes familiares:

Padre: falleció de leucemia hace 1 año

Examen físico:

Boca: petequias aisladas en mucosa yugal

Miembros inferiores: hematomas distribuidos difusamente en ambos miembros. Petequias en el dorso de los pies.

Laboratorio:

Glóbulos rojos: 4.200.000 mm³

Hematocrito: 40%

Hemoglobina: 12,2 gr/dl

Recuento reticulocitario: 1,1%

Glóbulos blancos: 6100 mm³

Fórmula leucocitaria: Neutrófilos segmentados: 61%; Eosinófilos: 2%; Basófilos: 0%; Linfocitos: 34%; Monocitos: 3%

Plaquetas: 41.000 /mm³

Tiempo de Protrombina: 12"

Tasa: 100%

KPTT: 25"

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
 - Clínica Médica
 - Hematología
 - Diagnóstico por imágenes
 - Farmacología
 - Anatomía Patológica

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "*Textbook of Medicine*" 21st Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "*Medicina Interna*". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "*Las bases farmacológicas de la terapéutica*". Ed. Panamericana.
- GRECAA, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "*Terapéutica Clínica*". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECAA, GALLO R, PARODI R: "*Medicina Ambulatoria*". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECAA: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "*Urgencias en psiquiatría*". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "*Fundamentos en Dermatología Clínica*". 1^{era} Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "*Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria*". 3^{era} Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "*The Washington Manual of Medical Therapeutics*" 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "*Patología estructural y funcional*". 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "*Introducción a la Psiquiatría*". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 39

ONCOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA



OBJETIVOS

- Conocer las diferentes causas de poliadenopatías.
- Conocer las diferentes causas de esplenomegalia y de hepatomegalia.
- Comprender el valor de la pérdida de peso en la evaluación de un paciente y su etiopatogenia.
- Conocer las neoplasias hematológicas y sus manifestaciones clínicas.
- Identificar factores de riesgo en la génesis de neoplasias hematológicas.
- Evaluar la relación existente entre estado emocional del paciente con el desarrollo de patología orgánica.

CONTENIDOS

- Etiología y fisiopatología de las adenopatías.
- Etiología y fisiopatología de la esplenomegalia.
- Etiología y fisiopatología de la hepatomegalia.
- Neoplasias hematológicas: clasificación, factores de riesgo, signos y síntomas, evolución, diagnóstico.
- Pronóstico y opciones de tratamiento en neoplasias hematológicas.

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Anatomía y fisiología ganglionar. Regiones ganglionares. Conocer las diferencias entre adenopatías localizadas y generalizadas.
- Anatomía y fisiología hepática y esplénica.
- Historia clínica: valor de la anamnesis y del examen físico.
- Exámenes de laboratorio. Reactantes de fase aguda.
- Interpretación de estudios complementarios: radiología, TAC, biopsias.
- Nutrición normal. Evaluar la influencia del contexto social y cultural en la alimentación.
- Identificar factores de riesgo cardiovasculares.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Datos personales:

Leandro, 24 años de edad.

Estado civil: soltero

Ocupación: Empleado en una fábrica de balanzas electrónicas

Estudiante de ingeniería electrónica, cursando el penúltimo año.

Vivienda: Casa de material con todos los servicios.

Motivo de consulta:

Tumoración a nivel lateral de cuello, fiebre, astenia psicofísica.

Enfermedad actual:

Comienza con un cuadro de 40 días de evolución caracterizado por astenia, decaimiento general y fiebre de 39° que cede parcialmente con antitérmicos. Del mismo tiempo de evolución refiere disglucia y una tumefacción a nivel lateral de cuello que con los días fue aumentando de tamaño. Por dicho cuadro consulta a una guardia donde le diagnostican angina y es medicado con amoxicilina y paracetamol por siete días. El paciente cumple dicho tratamiento pero persiste la fiebre que se hace diaria con registro de 38°- 39° a predominio vespertina, y refiere que la tumefacción en cuello no se le fue. El paciente cree que la astenia pueda deberse a mucho stress debido a su trabajo y a las exigencias de la facultad. Por dicho cuadro consulta nuevamente a un médico clínico.

Antecedentes personales:

Fumador de 20 cigarrillos/día desde los 16 años.

Anginas a repetición desde la infancia

Antecedentes familiares:

Madre viva, hipertensa, diabética.

Padre hipertenso.

Hermana sin antecedentes patológicos.

Examen físico:

PA: 120/80 mmHg FC: 98 x'. T° 37,8° C. Peso 69 kg. Talla: 172 cm.

Impresiona moderadamente enfermo, adelgazado.

Palidez cutáneo mucosa generalizada.

Tumefacción duro pétreo de aproximadamente 2cm de diámetro a nivel de región lateral de cuello izquierdo, adherida a planos profundos.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados.

Abdomen blando, depresible, indoloro. Hígado a cuatro traveses del reborde costal.

Laboratorio:

Hematocrito 30, glóbulos blancos 14500 MM3. Fórmula: Neutrófilos segmentados 68%; Eosinófilos 1%; Basófilos 1%; Linfocitos 20%; Monocitos 0%. VES 1era hora: 90 mm; Plaquetas 500000, Glicemia 80, Uremia 35, LDH 750, TGO 102, TGP 90, FA 400

Rx tórax: campos pulmonares libres, ensanchamiento mediastinal.

ACTIVIDADES

Búsqueda bibliográfica.

1. Reunión con expertos.
 - Clínica Médica
 - Hematología

- Oncología
 - Diagnóstico por imágenes
 - Farmacología
 - Anatomía Patológica
2. Para la próxima clase deben consultar con el tutor de la práctica en terreno, cuáles son las neoplasias de las que debemos hacer screening para su detección en la atención primaria, y qué estudios complementarios se realizan para dicho screening.

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21ª Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1ª Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3ª Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "The Washington Manual of Medical Therapeutics" 29ª Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "Patología estructural y funcional". 7ª Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "Introducción a la Psiquiatría". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 40

TROMBOFILIA

OBJETIVOS

- Comprender el normal funcionamiento del sistema de la coagulación
- Conocer cuáles son los principales estados que predisponen a la trombosis (estados trombofílicos)
- Comprender la división entre trombofilias primarias y secundarias
- Saber determinar cuáles son las situaciones clínicas en las cuales sospechar estos cuadros
- Comprender el abordaje diagnóstico y terapéutico de estos cuadros

CONTENIDOS

- Sistema de la coagulación normal
- Métodos de laboratorio útiles para evaluar los distintos tipos de hemostasia y las diferentes vías de la coagulación (vía intrínseca y extrínseca)
- Situaciones que predisponen a la trombosis
- Profilaxis antitrombótica
- Métodos diagnósticos en enfermedad tromboembólica
- Mecanismos de acción de fármacos anticoagulantes

CONTENIDOS A RECUPERAR

- **Histología:** constitución de la pared arterial y venosa.
- **Fisiología:** Hemostasia normal.
- **Hematología:** Estados trombofílicos primarios y secundarios. Situaciones protrombóticas evitables.
- **Farmacología:** fármacos antiagregantes y anticoagulantes. Mecanismos de acción. Latencia. Efectos adversos principales. Contraindicaciones. Precauciones en el paciente anticoagulado.

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos personales

Analia, 32 años, casada.

Vive con su esposo.

Empleada doméstica

Estudios primario completo

Vivienda de material con agua corriente, sin cloacas

Motivo de consulta

Aborto espontáneo

Enfermedad actual

La paciente concurre al consultorio con su esposo, muy preocupada por la reciente interrupción espontánea de su primer embarazo. Refiere que se encontraba asintomática, pero en una ecografía de rutina realizada a las 16 semanas de gestación diagnostican falta de latidos fetales, e interrupción del crecimiento fetal desde la

semana 14 de gestación, requiriendo la realización de un legrado hace 3 semanas. Refiere que desde dicho acontecimiento no logra conciliar el sueño, y llora con frecuencia. La paciente interrumpe el relato en varias oportunidades por crisis de llanto y en ocasiones el marido termina las oraciones que la paciente no logra completar.

Antecedentes personales

Colecistectomía laparoscópica hace 3 años. A las 48 horas de la cirugía presentó un episodio de dolor y tumefacción con aumento de diámetro a nivel de pantorrilla derecha, diagnosticándose en ese momento trombosis venosa profunda femoral, por lo cual realizó 6 meses de anticoagulación con acenocumarol.

Refiere que aumentó aproximadamente 5 kg en los últimos 3 años.

Niega antecedentes de fotosensibilidad, lesiones cutáneas, úlceras orales, artritis, artralgias, fenómeno de Raynaud, serositis, o manifestaciones neurológicas.

Niega otros antecedentes patológicos de jerarquía.

Hábitos

No fuma, no toma alcohol.

Dieta rica en grasas saturadas y pobre en frutas y verduras.

Horarios de comida irregulares.

No realiza actividad física fuera de su trabajo.

Antecedentes familiares

Niega antecedentes familiares de estados protrombóticos.

Hermana: tiroiditis de Hashimoto.

Niega otros antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes.

Padre: hipertenso, dislipémico, obeso.

Madre: dislipémica, obesa.

Examen físico

Paciente lúcida, con marcada labilidad emocional.

Presión arterial 130/85 mmHg. FC 88 latidos/min. Peso 82 kg. Talla: 154 cm

Edema godet + perimaleolar derecho que refiere presentar desde el episodio de trombosis. Sin otros síntomas de insuficiencia venosa o trastornos tróficos compatibles con síndrome post-trombótico.

Sin alteraciones articulares, mucocutáneas o ungueales. Sin lívedo reticularis.

Resto examen físico sin particularidades

Estudios complementarios

La paciente trae el siguiente laboratorio realizado una semana previo a la consulta: Hematocrito: 37% Hemoglobina 12,1 g/dl, glóbulos blancos 6800/mm³, neutrófilos 65%, linfocitos 28%, plaquetas 90.000/mm³. Glucemia 74 mg/dl, urea 34 mg/dl, creatinina 0,85 mg/dl, VES: 12 mm/hora, colesterol total 176 mg/dl; C-HDL 42 mg/dl; C-LDL: 115 mg/dl, orina con sedimento urinario s/p

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
 - Clínica Médica
 - Hematología
 - Diagnóstico por imágenes
 - Farmacología
 - Anatomía Patológica



BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21ª Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECAA, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECAA, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECAA: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1ª Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3ª Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "The Washington Manual of Medical Therapeutics" 29ª Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "Patología estructural y funcional". 7ª Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "Introducción a la Psiquiatría". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 41

HIPOTIROIDISMO- HIPERTIROIDISMO



OBJETIVOS

- Reconocer los diferentes cuadros de disfunción tiroidea.
- Conocer las principales causas de hipo e hiperfunción tiroidea.
- Reconocer los factores epidemiológicos más importantes en la presentación de los cuadros.
- Identificar, en función de esto, la relación entre los síntomas de stress, ansiedad y depresión con patología tiroidea.
- Conocer los métodos de estudio y de screening poblacional en patología tiroidea en atención primaria.
- Tener idea clara de oportunidad y/o necesidad de interconsulta o derivación al especialista.

CONTENIDOS

- Bocio simple. Concepto. Etiología. Fisiopatología. Diagnóstico. Evolución y pronóstico.
- Hipotiroidismo. Concepto. Etiología. Anatomía patológica. Cuadro clínico. Diagnóstico. Diagnóstico diferencial. Evolución, pronóstico y prevención. Tratamiento.
- Cretinismo endémico. Concepto. Etiología. Cuadro clínico. Profilaxis y tratamiento.
- Hipertiroidismo. Concepto. Enfermedad de Graves-Basedow. Etiopatogenia. Anatomía patológica. Cuadro clínico. Diagnóstico. Diagnóstico diferencial. Evolución y pronóstico. Tratamiento.
- Crisis tirotóxica
- Bocios nodulares tóxicos

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Semiología del cuello. Causas de masas palpables en cuello.
- Tipos de distribución de la grasa corporal.
- Tipos de edemas: localizados, generalizados, Godet positivos y negativos.
- Métodos diagnósticos de la función tiroidea: laboratorio, ecografía, captación de yodo, radiología.

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos personales

Viviana de 37 años de edad

Estado civil: casada, 5 hijos.

Ocupación: trabajadora doméstica. Trabaja más de 8 horas diarias, aún así sus ingresos son muy bajos.

Grupo familiar: Luís, su esposo trabaja en una empresa de puertas blindadas, recibe sus ingresos semanalmente, siendo también son muy bajos.

Vivienda: FONAVI, de material con todos los servicios, viven muy alejados de la zona céntrica, donde desarrollan sus actividades.

Nivel educativo: primario completo.

Motivo de la consulta

Astenia y decaimiento. Constipación. Se notó un “bulto” en región anterior del cuello.

Enfermedad actual

Refiere astenia de meses de evolución que se ha ido incrementando en el último tiempo, acompañada de falta de fuerzas. Agrega además que si bien, su ritmo evacuatorio ha sido siempre algo lento, desde hace algunos meses, que no puede precisar cuántos, la frecuencia en las deposiciones es de cada 4-5 días. Ha notado que su piel y cabello están extremadamente secos y que si por ella fuera dormiría 20 horas por día, ya que esta en permanente estado de somnolencia. Cuenta que hace aproximadamente un mes mirándose al espejo notó como un “bulto” en la región anterior del cuello, que sin embargo no le molesta ni duele.

Antecedentes familiares

Madre viva: portadora de artritis reumatoidea.

Padre fallecido de cáncer de pulmón a los 55 años.

Dos tías maternas con antecedentes de tiroideopatías, una de ellas operada de “Bocio”

Antecedentes personales

Miopía importante, usa lentes de contacto.

Hábitos: fumadora importante hasta los 30 años. No alcohol.

Refiere luego de su último parto, haber tenido 2 abortos tempranos en los que no se pudieron establecer las causas, razón por la cual decide colocarse un DIU.

A los 28 años luego de su segundo embarazo consultó por exceso de peso y le realizaron estudios que ella perdió pero recuerda que el médico le habló de unos “anticuerpos” que estaban positivos aunque no muy altos. Actualmente no toma ninguna medicación. Cuenta que hace 2 años tuvo un episodio de aproximadamente 3 meses de evolución que consistió en palpitaciones, nerviosismo extremo, insomnio, temblor y tendencia a la diarrea, que consultó en un dispensario de su barrio y se lo adjudicaron a stress y exceso laboral, no realizándose estudios.

Examen físico

Paciente con obesidad leve glúteo-femoral (ginoide), piel morena, algo fría y seca, como así también el cabello, a pesar de no usar tinturas. Se la nota edematizada en forma generalizada, aunque los tobillos son Godet negativos. A la inspección de la nuca se observa acantosis nigricans ++. A la palpación del cuello se nota bocio difuso, elástico no doloroso de unos 35-40gr. FC: 68/min. regular TA 130/90 mm Hg Peso:74 Kg. Talla: 164 cm. IMC: 27,60

Laboratorio

Dos meses atrás concurre a un nutricionista con el fin de intentar bajar de peso que le solicitó los siguientes análisis: GR 3.200.000 mm³ Hematocrito: 33% Hemoglobina 11.6 gr/dl GB 8000 mm³ NS 64% B 0% E 2% L 31% M 3%; glicemia 68 mg/dl; uremia 34 mg/dl; colesterol total 286 mg/dl; triglicéridos 198 mg/dl; colesterol HDL 31 mg/dl; Orina normal.

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Consulta con expertos:
 - Clínica Médica

- Endocrinología
- Nutrición
- Obstetricia
- Salud Mental
- Gastroenterología
- Medicina Preventiva
- Medicina y Sociedad
- Anatomía patológica
- Diagnóstico por Imágenes
- Laboratorio
- Hematología

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "*Textbook of Medicine*" 21st Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "*Medicina Interna*". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "*Las bases farmacológicas de la terapéutica*". Ed. Panamericana.
- GRECAA, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "*Terapéutica Clínica*". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECAA, GALLO R, PARODI R: "*Medicina Ambulatoria*". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECAA: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "*Urgencias en psiquiatría*". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "*Fundamentos en Dermatología Clínica*". 1^{era} Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "*Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria*". 3^{era} Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "*The Washington Manual of Medical Therapeutics*" 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "*Patología estructural y funcional*". 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "*Introducción a la Psiquiatría*". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 42

TUMORES DE HIPOFISIS

OBJETIVOS

- Reconocer los cuadros de posible presentación de los tumores de hipófisis.
- Conocer los diferentes tipos de tumores de hipófisis y sus edades de presentación.
- Reconocer los trastornos de hiper e hipofunción de los distintos ejes de la hipófisis: por ejemplo Diabetes Insípida y Síndrome de secreción inapropiada de HAD.
- Identificar topográficamente el trastorno: es esencial que se conozca el concepto de primario y secundario en Endocrinología, según se trate de un trastorno primario de la glándula efectora o una falla en su correspondiente hormona trófica de origen hipofisario.
- Tener idea de las diferentes pruebas funcionales para evaluar dichos ejes y cómo hacer para acercarse al diagnóstico de patología primaria o secundaria en endocrinología.
- Saber cual es la oportunidad y/o necesidad de interconsulta o derivación al especialista.

CONTENIDOS

- Tumores Hipofisarios: Prolactinoma. Presentación en la mujer y el varón. Fisiopatología del eje prolactínico. Drogas que afectan la secreción de prolactina. Diagnóstico. Diagnósticos diferenciales. Evolución y pronóstico.
- Acromegalia: Síndrome acromegálico. STH (somatotropina) estudio de su eje e impacto.
- Enfermedad de Cushing. Características de los tumores productores de ACTH. Dificultades diagnósticas. Diagnóstico diferencial del Síndrome de Cushing dependiente e independiente de ACTH.
- Craneofaringioma: su presentación en la adultez temprana. Cuadro clínico. Valoración del paciente con Panhipopituitarismo. Concepto de reemplazo hormonal.
- Diabetes Insípida: diagnóstico de déficit Neurohipofisarios. HAD (hormona antidiurética) y oxitocina. Concepto de topografía hipotalámica y trastornos hipotalámicos. Diagnóstico diferencial con la forma nefrogénica y la potomanía.
- Síndrome de secreción inapropiada de HAD. Sus diagnósticos diferenciales.

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Semiología de los déficits hormonales. Déficit de esteroides sexuales en el varón y la mujer: distribución y posible ausencia de bello dependiente de esteroides.
- Libido. Ginecomastia. Diagnósticos diferenciales.
- Disfunción eréctil, sus causas y características.
- Síndromes poliúricos. Diagnósticos diferenciales. Intoxicación hídrica, sus posibles causas.
- Evaluación funcional hipofisaria: pruebas funcionales para los diferentes ejes.
- Evaluación bioquímica e imagenológica de la región selar y supraselar.

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos personales

Daniel de 35 años de edad

Estado Civil: casado, 3 hijos.

Ocupación: administrativo. Trabaja en un estudio contable 8 horas por día.

Grupo familiar: Griselda, su esposa trabaja como empleada de comercio también 8 horas por día en horario partido. 3 hijos de 8, 6 y 4 años sanos.

Vivienda: alquilada, en zona macrocentro, con todos los servicios.

Nivel educativo: secundario completo.

Motivo de consulta

Impotencia coeundi de entre 8-10 meses de evolución. Cefaleas ocasionales. Cierta sensación de tirantez en una tetilla.

Enfermedad actual

Viene a la consulta con Griselda, su esposa, y refiere impotencia funcional (sexual) de 1 año de evolución. Griselda recalca que desde hace por lo menos un año y tal vez algo más, no logra una buena erección. La relación de pareja está bien y él no refiere que tenga ningún problema consciente. La libido en ambos está conservada y si bien es cierto, que con los tres niños no es fácil encontrar el momento para tener relaciones, cuando ocurre la oportunidad y a pesar de los esfuerzos no logra erección. Él confiesa que no tiene otra relación y que sigue deseando a su mujer. Está deprimido porque se siente muy minusválido al no poder cumplir con su esposa y teme perderla. Siente, además, su virilidad amenazada.

Antecedentes familiares

Madre viva y sana.

Padre: fallecido de muerte súbita a los 63 años.

Abuela paterna y abuelo materno diabéticos tipo II.

Antecedentes personales

Miopía no estabilizada. Astigmatismo. Permanece muchas horas delante de la computadora. Irritación ocular frecuente. Refiere cefaleas con cierta frecuencia que se han incrementado en este último año, hasta hacerse muy frecuentes, por lo menos, dos o tres veces por semana. No se acompañan de fotofobia y no son pulsátiles. Calman con analgésicos comunes, habitualmente toma ibuprofeno 600 mg en las crisis.

En cuanto al motivo de consulta refiere que sus relaciones, antes de este trastorno eran normales, de duración normal y la calidad y duración de su erección era normal, permitiéndole mantener relaciones normales llegando al orgasmo ambos integrantes de la pareja. Nota que en este último año el deterioro de su función eréctil ha ido en incremento, hasta la imposibilidad total de lograr una penetración.

Admite tener algo de stress laboral, pero en realidad, no nota exacerbaciones en los últimos meses.

Su esposa tampoco ha tenido cambios importantes y refiere que su deseo sexual no ha tenido cambios, y que si bien, ha intentado estimularlo, al principio, luego notó que esto lo incomodaba más y dejó de hacerlo. Refiere que le parece, que él, ya no lo intenta por temor a fracasar.

Examen físico

Paciente en muy buen estado general, peso de 84 Kg. y una talla de 176 cm

t. IMC: 27.18 kg/m²

Presión arterial 120/70 mmHg. FC 90 lpm, regular. Afebril.

Cabeza y cuello: normales

Tórax: BEBA sin ruidos agregados. Al examen de las tetillas se constata ginecomastia bilateral, mayor del lado derecho de 20 mm de diámetro mayor y algo menor del lado izquierdo, de aproximadamente 15 mm. Sensibles aunque no francamente dolorosas no sabe referir desde cuando las tiene, no galactorrea ni espontánea ni a la provocación.

Ruidos cardíacos netos, silencios libres

Abdomen: no organomegalias

Extremidades: Pulsos positivos y simétricos, tono y trefismo conservados. Buena masa muscular.

Testículos en bolsas de más de 20 ml e impresiona discreto aumento de consistencia en testículo derecho.

No se palpan adenomegalias.

Laboratorio

El paciente trae estos análisis solicitados por un médico al que consultó por las cefaleas:

Hemograma: GR 4.900.000/mm³ Hb 14 gr/dl Hto: 44 % GB 8800/mm³ NS 62% B 0% E 2% L 31% M 3%. Glicemia 90 mg/dl, uremia 42 mg/dl. Colesterol total: 187 mg/dl. Triglicéridos: 138 mg/dl Colesterol HDL: 67 mg/dl. Orina: límpida d 1020 pH ácida sedimento sin particularidades.

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Consulta con expertos:
 - Clínica Médica
 - Endocrinología
 - Nutrición
 - Urología
 - Andrología
 - Salud Mental
 - Neurología
 - Ginecología
 - Medicina Preventiva
 - Medicina y Sociedad
 - Anatomía Patológica
 - Diagnóstico por Imágenes
 - Laboratorio
 - Laboratorio hormonal

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21st Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1^{era} Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3^{era} Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "The Washington Manual of Medical Therapeutics" 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "Patología estructural y funcional". 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "Introducción a la Psiquiatría". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 43

RINITIS Y OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

OBJETIVOS

- Reconocer a las enfermedades obstructivas de la vía aérea como causa de morbimortalidad, ausentismo laboral e incapacidad.
- Conocer los factores predisponentes.
- Tener claros conceptos sobre la importancia del reconocimiento de dichas enfermedades y sus diagnósticos diferenciales.
- Valorar adecuadamente los aspectos psicológicos.
- Identificar factores de riesgo.
- Saber tratar en el nivel de atención primaria y tener pautas de interconsulta y derivación al especialista.
- Tener conceptos de prevención y promoción de la salud.

CONTENIDOS

- Estudio morfofuncional del aparato respiratorio.
- Estudio morfofuncional del sistema inmunológico.
- Anatomía Patológica de las enfermedades obstructivas inflamatorias
- Fisiopatología de las enfermedades obstructivas inflamatorias.
- Etiopatogenia de los procesos inflamatorios obstructivos.
- Presentación clínica de los procesos obstructivos.
- Metodología diagnóstica.
- Tratamiento. Prevención. Rehabilitación. Educación.

CONTENIDOS DESAGREGADOS

- Generalidades morfofuncionales al aparato respiratorio.
- Generalidades morfofuncionales del sistema inmunológico.
- Aspectos macro y microscópicos de los procesos obstructivos inflamatorios.
- Fisiopatología de los procesos obstructivos inflamatorios: asma, enfisema, bronquitis crónica. Otros: fibrosis quística, bronquiectasias, obstrucciones altas.
- Epidemiología: Factores predisponentes. Factores de riesgo. Tabaco, Fumador pasivo, ocupacional, alérgenos, medio-ambiente, genético, drogas.
- Asma bronquial, bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Características. Diagnóstico. Clasificación. Superposiciones. Determinación de severidad. Complicaciones.
- Exámenes complementarios: laboratorio, estudios funcionales, radiología, test cutáneos.
- Diagnósticos diferenciales.
- Tratamiento: Sus objetivos, tratamiento de las exacerbaciones agudas y del estado crónico. Profilaxis. Control.

- Prevención primaria, secundaria y terciaria. Evitación, Cesación, Protección laboral. Control ambiental.
- Rehabilitación.
- Importancia de la función pulmonar intacta y su repercusión bio-psico-social.

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos personales

Viviana 50 años

Estado civil: casada, 3 hijos

Domiciliado en zona norte de Rosario

Ocupación: empleada administrativa.

Motivo de Consulta

Disnea

Enfermedad Actual

Consulta por cuadro de 6 meses caracterizado por disnea a moderados esfuerzos. Refiere que camina tres cuadras y se agita por lo cual ha aumentado la utilización de salbutamol durante el día.

Como antecedente de jerarquía refiere que a los 40 años comenzó con síntomas respiratorios de disnea y tos seca. Se le realizó espirometría y Rx de tórax diagnosticándole EPOC. Desde entonces está realizando tratamiento con broncodilatadores beta₂ de acción prolongada.

Antecedentes

Broncoespasmos en la infancia.

Hábitos

Fumadora de 20 cigarrillos por día desde los 18 años

No bebe bebidas alcohólicas

Antecedentes familiares

Padre vivo, hipertenso.

Madre viva, diabética, asmática.

3 Hijos: 20 años, sano; 18 años, sano; 16 años: broncoespasmos

Examen físico

Buen estado general

Presión arterial 130/80 mmHg; FC 72 latidos/minuto; FR 20 ciclos/minuto. Temperatura 36.3°C.

Cabeza y cuello: s/p

Tórax: Murmullo vesicular conservado. Espiración prolongada. Sibilancias aisladas. Resto s/p

Abdomen: s/p

Miembros: s/p

Rx de tórax: h́iperinsuflaci3n pulmonar bilateral a predominio basal.

El paciente trae los siguientes estudios:

Inmunoglobulina E normal

Prick Test negativo

Alfa1 antripsina 15 mg/dl

Espirometría: obstrucci3n moderada sin respuesta a beta dos

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliogr3fica
2. Consulta con expertos
 - Clínica M3dica
 - Neumonología
 - Inmunología y Alergia
 - Cardiología
 - Salud Mental
 - Medicina y Sociedad
 - Fisiología
 - Farmacología
 - Anatomía Patol3gica
 - Infectología
 - Microbiología

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "*Textbook of Medicine*" 21ª Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la pr3ctica clínica*" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "*Medicina Interna*". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "*Las bases farmacol3gicas de la terap3utica*". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "*Terap3utica Clínica*". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "*Medicina Ambulatoria*". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia M3dica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "*Urgencias en psiquiatría*". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "*Fundamentos en Dermatología Clínica*". 1ª Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "*Enfermedades de la Piel: Bases para su Atenci3n Primaria*". 3ª Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "*The Washington Manual of Medical Therapeutics*" 29ª Ed. Lippincott-Raven Publishers

- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3^a Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 44

CÁNCER DE PULMÓN

OBJETIVOS

- Reconocer al cáncer de pulmón como causa de morbi-mortalidad, su incidencia, prevalencia y factores predisponentes.
- Conocer las variedades del cáncer de pulmón, diagnósticos diferenciales con otros tumores y patologías no tumorales.
- Reconocer las distintas formas de presentación clínica.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos.
- Prevención y promoción de la salud.

CONTENIDOS

- Estudio epidemiológico del cáncer de pulmón
- Estudio etiológico del cáncer de pulmón
- Histopatología de los distintos tipos de cáncer de pulmón y pleura
- Presentación clínica
- Metodología diagnóstica
- Tratamiento – Pronóstico
- Prevención

CONTENIDOS DESAGREGADOS

- Epidemiología, incidencia, mortalidad. Factores predisponentes
- Clasificación histopatológica de las neoplasias broncopulmonares y pleurales
- Anatomía Patológica: carcinoma epidermoide, carcinoma de células pequeñas, adenocarcinoma, carcinoma de células grandes, tumores carcinoides, etc.
- Presentación clínica: presencia tumoral, diseminación regional, metástasis extratorácicas, síndromes paraneoplásicos.
- Metodología diagnóstica: Rx. de Tórax, TAC de Tórax, Broncofibroscopía, análisis de laboratorio, estudios citológicos, mediastinoscopía, punción con aguja fina.
- Estadificación: Estadios del CPNCP y CPCP. Pronóstico de acuerdo a estadio y tipo de cáncer.
- Medidas preventivas.

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos personales

Ricardo, 55 años de edad

Estado civil: Separado. Dos hijos: un varón de 23 años y una mujer de 33 años.

Ocupación: Taxista. Actualmente cumple dos años de prisión.

Domicilio: Alcaldía de Rosario.

Motivo de consulta

Tos con expectoración mucopurulenta y fiebre

Enfermedad actual

Comienza hace 4 meses con un cuadro de fiebre y expectoración mucopurulenta. Consulta al médico penitenciario quien le indica Rx de tórax, constatándose una radiopacidad en campo pulmonar superior derecho por lo que se interpreta como una neumonía, indicándosele amoxicilina/clavulánico por diez días con mejoría clínica. Quince días posteriores a este cuadro comienza con igual sintomatología por lo cual se le indica tratamiento con claritromicina. Cede la fiebre pero persiste con tos y expectoración escasa.

Desde hace 3 meses comienza nuevamente con expectoración y fiebre, se le repite Rx de tórax con persistencia de la opacidad, le solicitan esputo para BAAR (3 muestras) que resulta negativo y le indican tratamiento por cinco días con levofloxacina.

Por presentar escasa respuesta clínica se deriva al servicio de Neumonología del hospital.

Anamnesis por aparatos

Insomnio, lumbalgia de larga data.

Antecedentes personales

Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 10 mg/ día y dieta hiposódica.

Internación hace 3 años en Unidad Coronaria por cuadro de dolor precordial y a partir de ese momento fue medicado con atenolol y ácido acetilsalicílico.

Niega alergias.

Hábitos

Tabaquismo: Fuma 20 a 30 cigarrillos por día desde los 15 años hasta la actualidad. Marihuana ocasional.

Examen físico

Mal estado general Peso: 60 kg. Talla: 171 cm. IMC: 21 Kg/m²

Presión arterial: 140/80 mmHg. FC: 66 latidos/minuto, regular.

FR: 20 ciclos/minuto. Afebril

Cabeza y Cuello: adenopatía duro elástica en región lateral derecha de cuello de 2 cm.

Tórax: Murmullo vesicular disminuido, sin ruidos agregados.

Auscultación cardíaca: Ruidos cardíacos normofonéticos, sin soplos.

Abdomen: No se palpan organomegalias blando depresible.

Extremidades: Pulsos simétricos, tono y trefismo conservados.

Dedos en palillo de tambor en manos y pies

Laboratorio

Hemoglobina: 13 gr%, glóbulos blancos 10400/mm³, plaquetas: 450000/mm³ Eritrosedimentación: 40 mm 1ra. hora. Glicemia: 82 mg/dl. - Uremia: 40 mg/dl. Ionograma Na 132 mEq/l K 3.5 mEq/l.

Radiografía de tórax (f)

Radioopacidad homogénea que afecta el campo superior derecho. Mediastino normal. Relación cardiorácica: 50%. Hilio pulmonar derecho aumentado de tamaño.

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica
2. Consulta con expertos
 - Clínica Médica
 - Neumonología
 - Anatomía Patológica
 - Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante
 - Oncología
 - Cirugía
 - Salud Mental
 - Medicina y Sociedad
 - Farmacología

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21st Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECAA, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECAA, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECAA: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1^{era} Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3^{era} Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "The Washington Manual of Medical Therapeutics" 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "Patología estructural y funcional". 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "Introducción a la Psiquiatría". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 45

MONOARTRITIS-POLIARTRITIS



OBJETIVOS

- Conocer la forma de presentación, patogenia y metodología diagnóstica de los cuadros articulares agudos y crónicos.
- Saber diseñar una estrategia diagnóstica que tenga en cuenta la relación costo-beneficio y riesgo-beneficio.
- Establecer pautas de tratamiento y de prevención en atención primaria.
- Tener claros conceptos de interconsulta y/o derivación al especialista.

CONTENIDOS

ASPECTOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA

(Relación en equilibrio entre el huésped, la noxa y el medio ambiente)

Comprender la normalidad de una articulación

- Bases anatómicas y fisiológicas del tejido conectivo y sinovial.
- Conocer que es la articulación

Comprender la etiopatogenia de la mono y poliartritis

- Sépticas
- Metabólicas
- Degenerativa
- Inflamatoria Aguda
- Inflamatorias Crónica

Prevenir la aparición de una artritis

ASPECTOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA

(Diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz)

Conocer los elementos diagnósticos y terapéuticos de las monoartritis y poliartritis

Evaluación de una articulación normal y patológica

Utilización de los métodos de laboratorio para diferenciar las artritis

Utilización de los otros métodos complementarios para diferenciar las artritis

Aprender a realizar los diagnósticos y diagnósticos diferenciales de las monoartritis

Aprender a realizar el tratamiento precoz de las monoartritis

Aprender a realizar los diagnósticos diferenciales de las poliartritis agudas

Aprender a realizar el tratamiento precoz de las poliartritis agudas

Aprender a realizar los diagnósticos diferenciales de las poliartritis crónicas

Conocer los elementos terapéuticos de las artritis

Aprender a realizar el tratamiento precoz de las poliartritis crónicas
Conocer la historia natural de la monoartritis o poliartritis
Cuando una artritis debe ser derivada a un especialista

ASPECTOS DE PREVENCIÓN TERCIARIA **(Recuperación y rehabilitación del paciente)**

Recuperación y Rehabilitación

Reinserción en el medio familiar y laboral

CONTENIDOS DESAGREGADOS

ASPECTOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA **(Relación en equilibrio entre el huésped, la noxa y el medio ambiente)**

Tejido conectivo:

- Componentes. Metabolismo. Regulación del metabolismo del tejido conectivo. Formación/destrucción.
- Colágeno normal y patológico. Tipos de tejido colágeno. Estructura del tejido colágeno -Alteraciones del colágeno y patologías

Tejido sinovial:

- Estructura y función del tejido sinovial.
- Alteraciones de los sinoviocitos en la Artritis Reumatoidea.

Estructura y función de las articulaciones.

Clasificación de las articulaciones. Articulaciones sinoviales.

Discos intervertebrales.

Comprender la etiología, patogénesis, anatomía patológica y mecanismos de destrucción tisular de:

- Artritis sépticas
- Artritis metabólicas: Urato monosódico y pirofosfato de calcio
- Artritis degenerativas: Artrosis
- Artritis inflamatoria aguda: Fiebre Reumática
- Artritis inflamatoria crónicas:
 - Artritis Reumatoidea
 - Artritis Reumatoidea Juvenil
 - Síndrome de Sjögren
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Vasculitis – Síndrome antifosfolípido

Con referencia a las monoartritis y poliartritis:

- Artritis Sépticas
 - Artritis Metabólicas: Urato monosódico y Pirofosfato de calcio
 - Artritis Degenerativas: Artrosis

- Artritis inflamatoria Aguda: Fiebre Reumática
- Artritis inflamatoria Crónicas:
 - Artritis Reumatoidea
 - Artritis Reumatoidea Juvenil
 - Síndrome de Sjögren
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Vasculitis – Síndrome antifosfolípido

Conocer los siguientes temas:

- Evaluación y forma de prevenir los factores de riesgo de tipos congénito, genéticos, infecciosos, inmunológicos y traumáticos de las mono y poliartritis.
- Conocer los factores de riesgo prevenibles y los no prevenibles en las artritis
- Datos epidemiológicos por edad, sexo y raza (prevalencia e incidencia)

ASPECTOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA (Diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz)

Primero conocer la diferenciación entre artralgia, artritis y periartitis

En el caso de una monoartritis o poliartritis conocer los diagnósticos diferenciales.

Conocer las manifestaciones sistémicas que pueden acompañar a la mono o poliartritis

Conocer los elementos de la historia clínica para poder diagnosticar una monoartritis o poliartritis

Poder evaluar la normalidad o posible anormalidad, mediante la utilización del anamnesis (síntomas) y el examen físico (signos) de las siguientes articulaciones:

- Temporomaxilar - Hombro - Codo - Carpo y mano
- Cadera - Rodilla - Tobillo y pie

Métodos complementarios de evaluación de un paciente con artritis.

Conocer los valores normales y las causas de sus alteraciones de los siguientes métodos complementarios

- Proteinograma por electroforesis e Inmunopatología: Iteraciones de las Inmunoglobulinas, método de estudio.
- Factores reumatoideos: Definición, métodos de detección. Valor clínico de la positividad o negatividad. Concepto de Factor Reumatoideo Oculto.
- Factores antinucleares: Definición, métodos de detección, tipos de patrones y su significado.
- Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo: Definición, método de determinación, patrones y su relación con las enfermedades reumáticas
- Estudio de la hemostasia y anticuerpos antifosfolípidos
- Antígenos de histocompatibilidad: Definición, tipos, relación con las enfermedades reumáticas
- Uricemia: Valor Normal, métodos de determinación. Significado clínico de la hiperuricemia. Uricosuria: Valor clínico de la uricosuria de 24 horas.
- Detección de infección estreptocócica. Exudado Faringeo: indicaciones y valor.

Test de Antiestreptolisina y Test de Estreptozima: definición y valor clínico.

Radiología articular:

- Conocer los cambios radiológicos de cada enfermedad articular específica.

Valoración del contenido mineral óseo:

- Densitometría ósea y otros métodos.

Método y valor en el diagnóstico de las enfermedades reumáticas de los siguientes estudios:

- Artrografía y Bursografía
- Centellograma óseo
- Tomografía Axial Computada
- Resonancia magnética nuclear
- Arteriografía
- Otros método diagnósticos

Artritis Séptica:

Conocer el cuadro clínico (manifestaciones articulares y extraarticulares) y elementos complementarios para diagnosticar artritis por bacterianas, micobacterias, hongos, virus

Valor del estudio del líquido sinovial en el diagnóstico de las artritis sépticas.

Artritis por cristales

Artropatía por cristales de urato monosódico:

- Metabolismo del ácido úrico.
- Clasificación de las hiperuricemias.
- Manejo renal del ácido úrico.
- Manifestaciones clínicas de la gota: gota aguda, intercrítica, crónica o tofácea. Nefropatía por ácido úrico.

Artropatías por cristales de pirofosfato de calcio:

- Definición
- Manifestaciones clínicas de la condrocalcinosis: crisis aguda, período intercrítico, manifestaciones crónicas.

Alteraciones reumáticas por cristales de fosfato básico de calcio y otros cristales:

- Manifestaciones articulares y periarticulares de los depósitos de fosfato básico de calcio.

Valor de la ecografía en el estudio de las artropatías por cristales

Valor del estudio del líquido sinovial en el diagnóstico de artritis por cristales

Artritis Séptica

- Evolución y pronóstico.
- Tratamiento. Indicaciones quirúrgicas.
- Prevención.

Artritis por Cristales

Tratamiento. Indicaciones quirúrgicas.

Fiebre reumática:

- Manifestaciones clínicas.
- Elementos diagnósticos y diagnósticos diferenciales.

Fiebre reumática:

- Evolución y pronóstico.
- Tratamiento

- Indicaciones quirúrgicas. (valvulopatía)
- Prevención de las reinfecciones.

Conocer

- Cuadro clínico con las manifestaciones articulares y extraarticulares.
- Utilidad de los exámenes complementarios.
- Elementos diagnósticos y diagnósticos diferenciales.

De las siguientes poliartritis crónica:

- Artritis reumatoidea y Artritis Reumatoidea Juvenil
- Síndrome de Sjögren
- Lupus eritematoso sistémico
- Síndrome antifosfolípido
- Enfermedad mixta del tejido conectivo y otros síndromes de superposición
- Vasculitis y enfermedades relacionadas

Importancia del estudio del líquido sinovial en estas patologías

Fármacos utilizados en el tratamiento de las enfermedades reumáticas

Conocer los elementos fundamentales relacionados con el mecanismo de acción. Clasificación. Farmacocinética y metabolismo de cada uno. Propiedades Farmacológicas. Preparados. Vías de Administración. Dosis. Efectos colaterales y tóxicos. Usos terapéuticos. Interacciones medicamentosas.

De los siguientes fármacos utilizados para el tratamiento de la artritis:

Antiinflamatorios no-esteroides

Glucocorticoides

Drogas antimaláricas

Sulfasalazina

Agentes inmunorreguladores:

- Metotrexato
- Azatioprina
- Ciclofosfamida
- Nuevas drogas inmunorreguladoras.

Drogas utilizadas en el tratamiento de la gota

- Allopurinol
- Colchicina

Tratamientos biológicos y otros tratamientos emergentes de las enfermedades reumáticas.

Conocer las medidas terapéuticas para el manejo de las siguientes poliartritis crónicas

- Artritis reumatoidea y Artritis reumatoidea juvenil
- Síndrome de Sjogren
- Lupus eritematoso sistémico
- Síndrome antifosfolípido
- Enfermedad mixta del tejido conectivo y otros síndromes de superposición
- Vasculitis y enfermedades relacionadas

Conocer la evolución y el pronóstico de las siguientes poliartritis crónicas

- Artritis reumatoidea y Artritis reumatoidea juvenil
- Síndrome de Sjogren

- Lupus eritematoso sistémico
- Síndrome antifosfolípido
- Enfermedad mixta del tejido conectivo y otros síndromes de superposición

Vasculitis y enfermedades relacionadas

Conocer hasta dónde puede llegar un médico de primer nivel en el manejo de una monoartritis o poliartritis

ASPECTOS DE PREVENCIÓN TERCIARIA (Recuperación y rehabilitación del paciente)

Rehabilitación del paciente reumático:

- Definición de discapacidad. Evaluación de la función normal y patológica.

Componentes de la rehabilitación de las enfermedades Reumáticas:

- Reposo
- Ejercicios en el tratamiento de las enfermedades reumáticas
- Terapia física: frío, calor, electroterapia
- Otras.

Tratamientos ortopédicos:

- Uso de férulas.
- Indicación de elementos de descarga: bastones, muletas, etc.
- Modificaciones medioambientales.
- Educación del paciente.
- Terapia Ocupacional.
- Valorar el impacto de la artritis en la calidad de vida del paciente
- Importancia de la artritis en la vida relacional del paciente con su familia y su medio laboral

Aspectos psicodinámico e Implicancia psicológicas de la artritis

CONTENIDOS A RECUPERAR

Anatomía, fisiología y fisiopatología del aparato locomotor.

Agentes infecciosos que causan patología ósea y articular.

Mecanismos de daño inmunológico.

Métodos de diagnóstico por imágenes en aparato locomotor.

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos personales

Ramón, de 57 años de edad

Estado civil: separado, vive solo

Ocupación: empleado administrativo

Estudios: secundario completo

Vivienda: de material con agua corriente y cloacas

Motivo de consulta

Dolor y tumefacción a nivel de tobillo derecho

Enfermedad actual

Consulta por un cuadro de 48 horas de evolución de dolor a nivel del tobillo derecho, que lo despierta por la noche, estando asintomático el día previo. Lo describe como de intensidad de 7/10, llegando a 10/10 con los movimientos o contacto. Notó además edema, eritema y aumento de temperatura local a ese nivel. Presentó leve mejoría con diclofenac 150 mg.

Niega traumatismos previos al inicio del dolor. Niega fiebre. Niega rigidez matinal. Niega lumbalgia.

Refiere que 3 días previos a la consulta, asistió a un asado festejando la despedida de un compañero de trabajo. Consumió achuras y mayor cantidad de carne y alcohol que la habitual.

Refiere que había presentado episodios similares hace 1 año a nivel del mismo tobillo, y hace 5 años a nivel de rodilla izquierda, que se autolimitaron en pocos días al automedicarse con antiinflamatorios no esteroideos. Sin síntomas entre los episodios.

Antecedentes personales

Hipertenso desde hace aproximadamente 6 años, en tratamiento con hidroclorotiazida. Sin controles médicos desde el diagnóstico.

No tiene otros antecedentes personales de jerarquía.

Hábitos

Fuma 20 cigarrillos por día desde los 18 años de edad

Consumo habitual de alcohol: diariamente 2 vasos de vino con la cena, y cerveza ocasionalmente los fines de semana, hasta 1 litro por fin de semana.

Antecedentes familiares

Padre: hipertenso.

Madre: fallecida por cáncer de mama a los 68 años de edad

Tres hijos vivos sanos.

Sin antecedentes familiares de gota ni de psoriasis

Examen físico

Buen estado general. Facie de dolor. Posición antálgica: no apoya el miembro inferior derecho.

Presión arterial 160/95 mmHg; FC 98/min Peso 94 kg, talla: 174 cm

Dolor a la movilización activa y pasiva a nivel de tobillo derecho, en todas las direcciones, con signos de flogosis.

Sin dolor ni sinovitis en otras articulaciones. Rango de movilidad articular conservado en otras articulaciones. Sin signos de tenosinovitis.

Sin lesiones cutáneas. Sin alteraciones ungueales.

Resto del examen físico sin particularidades

Estudios complementarios

Laboratorio general: Hto: 45% glóbulos blancos 8800/mm³ neutrófilos 70%, glucemia 94 mg/dl, urea 54 mg/dl, creatinina 1,10 mg/dl, Na 132 mEq/l, K 3,4mEq/l, uricemia: 8,7 mg/dl, VES: 28 mm/hora

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica
2. Consultas con expertos
 - Clínica Médica
 - Reumatología
 - Microbiología
 - Diagnóstico por imágenes
 - Bioquímica Clínica
 - Anatomía Patológica
 - Salud Mental
 - Farmacología

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21ª Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1ª Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3ª Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "The Washington Manual of Medical Therapeutics" 29ª Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "Patología estructural y funcional". 7ª Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "Introducción a la Psiquiatría". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires.

Unidad Temática 46

COLAGENOPATÍAS

OBJETIVOS

- Conocer las distintas formas de presentación de las colagenopatias, también llamadas enfermedades difusas del tejido conectivo. Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoide, Dermatomiositis, Esclerodermia, Vasculitis, Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo.
- Conocer los criterios diagnósticos de Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoide, Esclerodermia, Dermatomiositis, Vasculitis.
- Oportunidad en la solicitud de los exámenes de laboratorio, especialmente las determinaciones inmunológicas. Evaluar los datos de laboratorio de rutina e inmunológico, y los exámenes complementarios para el correcto diagnóstico en cada caso particular.
- Conocer el Lupus Eritematoso Sistémico en su presentación en el anciano, en la infancia y en el embarazo, así como las complicaciones del Lupus Sistémico y los cuadros asociados al mismo.
- Aprender a evaluar los criterios de necesidad de internación, manejo ambulatorio y derivación al Especialista.
- Tener clara precisión de las medidas terapéuticas a adoptar según criterios de actividad, remisión y cronicidad.
- Comprender la repercusión emocional, familiar, social y laboral que trae aparejado el diagnóstico de una enfermedad crónica en el paciente que estamos tratando.

CONTENIDOS

1-Lupus Eritematoso Sistémico: Concepto, Etiopatogenia, Epidemiología, manifestaciones cutáneas, renales, músculo-esqueléticas, respiratorias, cardiovasculares, neurológicas, gastrointestinales, hematológicas, síndrome antifosfolípidicos.

- Lupus inducido por drogas.
- Lupus e infecciones.
- Laboratorio inmunológico. Factores antinucleares por inmunofluorescencia (FAN), Antígenos Nucleares Extraíbles (ENA), Anti ADN nativo (aADNn) Anti Sm (aSm), Anti Ro ó SSA, Anti La ó SSB), Complementos 3,4 y CH 50 (C'3. C'4. CH50. Anticuerpos anticardiolipinas anti IgG e IgM, anticoagulante lúpico. Factor Reumatoideo.
- Diagnóstico y tratamiento. De cada una dentro del cuadro general del paciente.
- Corticoides. Clasificación, vías de administración, dosis, indicaciones, tiempo de tratamiento.

Situaciones de emergencia

- Indicaciones de pulso.
- Inmunosupresores: clasificación, drogas más utilizadas en el tratamiento de las colagenopatías, dosis, tiempo de tratamiento, control de tratamiento, reacciones adversas más frecuentes
- Hidroxicloroquina: mecanismo de acción, vía de administración, dosis, indicaciones, control de tratamiento, reacciones adversas.

2-Vasculitis: Concepto, etiopatogenia, clasificación, anatomía patológica, características clínicas. criterios diagnósticos. Diagnósticos diferenciales.

-Hallazgos de laboratorio. Rutina, inmunológico, virológico. (ANCA. C₃. C₄

Crioglobulinas. Hep B)

- Tratamiento
- Evolución y pronóstico de los distintos cuadros.

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Tejido conectivo: su composición. Elementos celulares y no celulares. Fisiología del tejido conectivo.
- Respuesta inflamatoria: aguda y crónica. Mediadores de la inflamación.
- Sistema inmune: células presentadoras de antígenos, células T, B, sistema del complemento,
- Tolerancia inmunológica.
- Autoinmunidad: mecanismos patogénicos (reacciones tipo I, II, III y IV)
- Complejo mayor de Histocompatibilidad.
- Farmacología de los corticosteroides (esteroides), antiinflamatorios, citostáticos, analgésicos, antipalúdicos.
- Equivalencias de corticoides.

98

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos personales

Zulema, 32 años

Casada

Empleada administrativa

Vive con su esposo y sus 2 hijos

Vivienda de material con agua potable y cloacas

Estudios: secundario completo

Motivo de consulta

Derivada por su ginecólogo quien observó en examen de rutina livedo reticularis

Enfermedad actual

La paciente refiere sentirse bien. Refiere no haberle dado importancia a la livedo reticularis, que refiere presentar "desde siempre", aunque se hizo más manifiesta en los últimos meses. Al interrogatorio se destaca eritema fotosensible en cara y escote (al que la paciente tampoco había dado importancia) en los últimos 2 años y alopecia en los últimos 6 meses. Niega complicaciones obstétricas, úlceras orales, serositis, artralgias, artritis, rigidez matinal, fenómeno de Raynaud, síntomas neurológicos, alteraciones renales. Niega alteraciones deglutorias o síntomas respiratorios. Niega síntomas de sequedad de mucosas.

Antecedentes personales

Gestas 2, partos 2 a término, sin complicaciones.

Apendicetomía a los 12 años de edad sin complicaciones

Hábitos

Fuma 15 cigarrillos por día desde los 17 años de edad

No realiza deportes, y presenta estilo de vida sedentario

Consume frecuentemente embutidos y frituras. Sólo ocasional consumo de frutas y verduras

No toma alcohol



Examen físico:

Lúcida, buen estado general.

Presión arterial 100/70 mmHg. FC: 82 latidos/min. Peso: 58 kg. Talla: 159 cm

Franca livedo reticularis en miembros superiores e inferiores.

Se observa tenue eritema malar en alas de mariposa y tenue eritema en escote. Cabellos visiblemente quebradizos.

No presenta otras manifestaciones cutáneas, ni alteraciones ungueales, sinovitis o esclerodactilia.

Resto del examen físico sin particularidades.

Exámenes complementarios:

Laboratorio general: Hto: 34%, glóbulos blancos 3400 /mm³, neutrófilos 70% linfocitos 25%, plaquetas 120.000/mm³; glucemia 94 mg/dl; urea 31 mg/dl; creatinina 0,65 mg/dl; Na 138 mEq/l K 3,9 mEq/l; VES 28 mm/hora; colesterol total 189 mg/dl; HDL 45 mg/dl; LDL 123 mg/dl. Sedimento urinario: s/p

Orina de 24 horas: clearance de creatinina: normal. Proteinuria de 24 horas: 0,1 g/24 horas

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
 - Clínica Médica
 - Reumatología
 - Diagnóstico por imágenes
 - Farmacología
 - Anatomía Patológica

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21ª Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1ª Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3ª Ed. UNR Editora 2006 Rosario.

- *"The Washington Manual of Medical Therapeutics"* 29st. Ed. Lippincott-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3^a Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- PETRI M. Derivation and Validation of Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. Arthritis & Rheumatism 2012 May 2.

Unidad Temática 47

TUBERCULOSIS (TBC)/MICOSIS

INTRODUCCION

En 2008 se notificaron 10.452 pacientes con tuberculosis en todo el país, lo que representó la tasa más baja desde 1985 con 26,3 casos cada 100.000 habitantes. La localización en el parénquima pulmonar de la lesión tuberculosa se notificó en 8.736 casos (83,6%) y se confirmó bacteriológicamente en aproximadamente el 70% de los pacientes. Se notificaron 1.623 (15,5%) casos de localización extrapulmonar, siendo las afectaciones pleural (46,8%) y ganglionar (18,2%) las lesiones más frecuentes. La tuberculosis meníngea se presentó en 101 casos (26 casos menos que 2007) de los cuales 5 correspondieron a menores de 5 años.

La tuberculosis afecta a todos los grupos de edad, sin embargo son los adultos jóvenes los que presentan las mayores tasas de notificación. Durante 2008 en el país, el 70% de los casos notificados tenía entre 20 y 64 años. La distribución geográfica de los casos de tuberculosis muestra regiones cuyas jurisdicciones presentan tasas de notificación más altas respecto del promedio nacional, como son aquéllas ubicadas en el norte del país. La zona centro oeste parecería ser la menos afectada por la tuberculosis de acuerdo a la notificación de casos. El litoral, Buenos Aires y sur del país presentan tasas de notificación similar al promedio nacional. En efecto, existen provincias con tasas considerablemente superiores a la media nacional (26,3 casos cada 100.000 habitantes) como Salta, Jujuy, Formosa y Chaco que presentan tasas entre 40 a 70 casos cada 100.000 habitantes y provincias con tasas que no superan los 10 casos por 100.000 habitantes como Mendoza, Neuquén y La Rioja. Es así que Salta tiene un riesgo 10 veces mayor de tener casos de tuberculosis que la provincia de La Rioja.

OBJETIVO

Comprender la interacción entre las micobacterias, el huésped, el medio ambiente, la demografía y la sociedad en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, TBC.

CONTENIDOS

1. Micobacterias. Primoinfección tuberculosa. TBC del adulto. Diagnóstico de TBC.
2. Tuberculosis como marcador de VIH.
3. Tratamiento de la TBC
4. Prevención de la TBC
5. Epidemiología social de la TBC. Políticas de salud.
6. Diagnóstico diferencial de TBC. Micosis sistémicas (aspergilosis, histoplasmosis, coccidioidomicosis y paracoccidioidomicosis).
7. Poliénicos y azoles en el tratamiento de las micosis sistémicas.

CONTENIDOS DESAGREGADOS

1. Micobacterias. Bacilo de Koch, bovis, otras micobacterias.
2. Anatomía patológica
3. TBC primaria. Clínica. Radiología.
4. TBC de reinfección. Clínica. Radiología.
5. TBC extrapulmonar.

6. TBC pleural
7. Diagnóstico: baciloscópico. Cultivo. Biopsia.
8. Infección tuberculosa
9. Principales drogas antituberculosas, dosis y toxicidad. Planes de tratamientos. Tratamiento supervisado.
10. Vacunación. BCG
11. Quimioprofilaxis
12. TBC multirresistente.
13. Micosis sistémica. Paracoccidioidomicosis. Histoplasmosis. Coccidioidomicosis. Aspergilosis.
14. Métodos diagnósticos apropiados en patología fúngica
15. Tratamiento farmacológico de las micosis e interacciones con los tuberculostáticos.

CONTENIDOS A RECUPERAR

Contenidos pertinentes a los temas a desarrollar estudiados en el área de Injuria y Defensa.

SITUACION PROBLEMA

Datos personales

Nombre: Luis, 60 años.

Lugar de nacimiento: Catalunya. España.

Estado civil: casado

Domicilio actual: zona sur de la ciudad de Rosario

Ocupación: camionero. Transporta madera y animales en pie entre Argentina y Brasil.

Motivo de consulta

Tos, con catarro (productiva) y cansancio

Enfermedad actual

Paciente que consulta por disnea, tos productiva de más de tres meses de evolución, acompañado de pérdida de peso (aproximadamente 8 kilos), decaimiento e hiporexia.

Consulta en varias oportunidades al Centro de Salud del barrio y fue medicado con antimicrobianos y nebulizaciones.

Antecedentes Personales

Atopia estacional.

Litiasis vesicular hace 10 años

Antecedentes familiares

Padre fallecido hace 12 años por cáncer de colon

Madre viva hipertensa en tratamiento.

Resto de la familia desconoce

Hábitos

Fumador de 20 cigarrillos/día desde los 20 años.

Alcohol: frecuente bebidas blancas.

Sexo ocasional

Examen físico

Paciente que impresiona enfermo y adelgazado

Presión arterial: 140/100 mmHg. FC: 80 latidos/min. FR: 20 ciclos/min. Subfebril

Cabeza y cuello: mucosas y conjuntivas pálidas.

Orofaringe: Lesión en base de la lengua. Adenopatías laterocervicales bilaterales.

Tórax: roncus aislados.

Abdomen: hepatomegalia

Miembros superiores e inferiores s/p

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1. Búsqueda bibliográfica
2. Consulta con expertos
 - Infectología
 - Neumonología
 - Microbiología
 - Clínica Médica
 - Farmacología
 - Medicina preventiva
 - Anatomía Patológica

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21ª Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1ª Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3ª Ed. UNR Editora 2006 Rosario.

- “The Washington Manual of Medical Therapeutics” 29st. Ed. Lippincott-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: “Patología estructural y funcional”. 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: “Introducción a la Psiquiatría”. 3^a Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2012. Normas. Técnicas
- GORODNER J. Enfermedades Infecciosas. Universidad Nacional del Noreste. Ed. Corpus 2004.
- PALMIERI O. Enfermedades Infecciosas Hospital Muñiz- Universidad Nacional de Buenos Aires. Ed. McGraw-Hill 2001.
- CECCHINI E, GONZALEZ AYALA S. Infectología y Enfermedades Infecciosas. Ed. Journal. 2008
- MANDELL, DOUGLAS y BENNETT: enfermedades Infecciosas. Ed. Panamericana. 2005
- RECOMENDACIONES NACIONALES DE VACUNACION. 2012. www.msal.gov.ar/epidemiología
- Instituto Nacional de Infecciones Respiratorias “Dr. Emilio Coni”. (www.anlis.gov.ar)
- Ministerio de Salud de la Nación: www.msal.gov.ar/epidemiología
- Organización Mundial de la Salud: www.who.int
- Organización Mundial de la Salud: www.ops.org.ar

Unidad Temática 48

SINDROMES FEBRILES INESPECÍFICOS



INTRODUCCION

Desde tiempos inmemoriales las enfermedades infecciosas han convivido con el ser humano, siendo parte inherente de su evolución y existencia. La interacción huésped-agente-ambiente es, sin dudas, la determinante temporal de la emergencia y re-emergencia de distintas patologías infecciosas.

En la actualidad nuestra coyuntura socio-económica-cultural, ha llevado a una situación alarmante que ha hecho prevalecer estas entidades como principal causa de morbilidad.

Intentamos intervenir en la adquisición de conocimientos que nos permitan aprender a conocer, para así prevenir las patologías infecciosas más frecuentes y en segundo término tratar las enfermedades con tino, permitiendo respetar al ser humano y a las comunidades de microorganismos para así lograr una convivencia armónica. Creemos necesario formar un médico en atención primaria que jerarquice las importancia de la educación a la comunidad y con ello comienza esa relación que es su primer encuentro en el consultorio.

OBJETIVOS

1. Jerarquizar la importancia de detectar las infecciones endemoepidémicas argentinas y de países limítrofes en la Atención Primaria de Salud y reconocer sus diferentes causas etiológicas.
2. Contextualizar el cuadro clínico teniendo en cuenta las variables epidemiológicas regionales.
3. Conocer y seleccionar los estudios complementarios que permitan realizar el diagnóstico en el primer nivel de atención de salud
4. Decidir la derivación oportuna a centros de mayor complejidad de aquellos casos que excedan el nivel de atención primaria.
5. Promover educación sanitaria individual y comunitaria para disminuir su incidencia.
6. Promover la formación de equipos de salud que interaccionen especialmente en las comunidades de menores recursos, donde las consultas suelen realizarse en forma tardía

CONTENIDOS

1. Conocer cada una de las patologías endemoepidémicas de nuestro país y regiones limítrofes
2. Clasificación de las diferentes causas etiológicas. Recuperar conocimientos de Área de Injuria y Defensa
3. Datos epidemiológicos actualizados, que nos permitan sospechar la presencia de las mismas.
4. Fisiopatogenia y signosintomatología clínica de cada una de las diferentes infecciones
5. Metodología diagnóstica utilizable en el 1er nivel de atención
6. Factores psicosociales que puedan intervenir especialmente en aquellas que se minimizan por pretender a la categoría de "olvidadas" como la enfermedad de Chagas-Mazza.
7. Como intervenir en la educación individual y colectiva de cada una de estas infecciones.
8. Destacar la importancia de trabajar desde el punto de vista individual y colectivo, la educación en salud para la comunidad, que le permita al individuo reconocer sus derechos y deberes.

SITUACION PROBLEMA

Datos personales

Nombre: Ricardo

Edad: 40 años.

Lugar de nacimiento: Arroyo Seco, provincia de Santa Fe.

Estado civil: casado

Domicilio actual: Arroyo Seco

Ocupación: transportista

Motivo de consulta

Fiebre de 39.5°C, de comienzo brusco de 4 días de evolución, cefalea y dolor retroocular, acompañado de exantema no pruriginoso.

Enfermedad Actual

Refiere que hace 10 días, regresó de la provincia de Misiones de transportar madera y cereales. Comienza hace 4 días con fiebre de 39.5°C, artralgias de intensidad 7 para 10 y cefalea de tipo retroocular. En el hospital donde consulta le realizan análisis de rutina, observando los siguientes valores: Hematíes: 5.020.000/mm³, Hb: 14.5gr%, leucocitos: 5.400/mm³, plaquetas: 100.000/mm³, VES: 1º hora 6mm.

Con estos datos clínicos y de laboratorio, el médico de su pueblo lo deriva a un hospital de Rosario. Cuando Ud. lo recibe en la guardia le solicita un laboratorio de urgencia obteniendo los siguientes los datos: Hematíes: 5.120.000/mm³, Hb:14.6gr%, leucocitos: 3.000/mm³, plaquetas: 80.000/mm³, VES: 1º hora 5mm. En orina se observa cilindruria y proteinuria (++)

Antecedentes personales

Enfermedades de la infancia no recuerda. Esquema de vacunación completo para su edad.

Hábitos

Fumador de 20 cigarrillos/día desde los 18 años. Alcohol: vino durante las comidas los fines de semana. Ocasionalmente sexo sin protección.

Examen físico

Temperatura axilar: 39.6°C

Inyección conjuntival, exantema no pruriginoso.

Enrojecimiento en zona peridentaria (ribete gingival).

Aparato respiratorio: s/p

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1. Búsqueda bibliográfica
2. Consulta con expertos
 - Infectología
 - Microbiología
 - Clínica medica
 - Farmacología
 - Medicina preventiva
 - Anatomía Patológica

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21ª Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1ª Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3ª Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "The Washington Manual of Medical Therapeutics" 29ª Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "Patología estructural y funcional". 7ª Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "Introducción a la Psiquiatría". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- GORODNER J. Enfermedades Infecciosas. Universidad Nacional del Noreste. Ed. Corpus 2004.
- PALMIERI O. Enfermedades Infecciosas Hospital Muñiz- Universidad Nacional de Buenos Aires. Ed. McGraw-Hill 2001.
- CECCHINI E, GONZALEZ AYALA S. Infectología y Enfermedades Infecciosas. Ed. Journal. 2008
- MANDELL, DOUGLAS y BENNETT: Enfermedades Infecciosas. Ed. Panamericana. 2005
- RECOMENDACIONES NACIONALES DE VACUNACION. 2012. www.msal.gov.ar/epidemiología
- Ministerio de Salud de la Nación: www.msal.gov.ar/epidemiología
- Organización Mundial de la Salud: www.who.int
- Organización Mundial de la Salud: www.ops.org.ar

Unidad Temática 49

PATOLOGIAS INFECCIOSAS ENDEMICAS REGIONALES ZOOTICAS

INTRODUCCION

Las zoonosis son infecciones de los animales que se transmiten al humano bajo condiciones naturales. El animal vertebrado es el reservorio natural y objeto general para el control epidemiológico, y el hombre es sólo un huésped accidental.

La transmisión de las enfermedades forma parte de un ciclo complejo donde interactúan el huésped, el reservorio, el vector y el patógeno condicionados por la combinación de oportunidades de ocurrencia para cada especie.

La compleja influencia de las variaciones del ambiente sobre la distribución de las especies y el patrón de transmisión de las enfermedades se explica cuando se entiende la existencia de nichos ecológicos para cada enfermedad. En esta época nuestro mundo ha expandido las fronteras de intercambio bajo los efectos de la globalización, y en esta condición antropológica tiempo y espacio se reconfiguran. Este rasgo decisivo no es inocuo: facilita la aparición de nuevas enfermedades o la diseminación y resurgimiento de otras conocidas en el pasado, denominadas por la OMS Enfermedades re-emergentes. Las infecciones que se incluyen bajo esta denominación son: algunas ya tratadas como Leptospirosis, Hantaviriosis, otras como Psitacosis, Hidatidosis, Carbunco, Triquinosis, Brucelosis, Toxoplasmosis, Teniasis, Cisticercosis, Rabia, Toxocariosis y otras que interviene un vector como en la Leishmaniosis, Tripanosomiasis.

OBJETIVOS

- Jerarquizar en la Atención Primaria de Salud la importancia de detectar estas infecciones que evolucionan en forma endemoepidémicas en nuestro país y de países limítrofes y reconocer sus diferentes causas etiológicas.
- Contextualizar el cuadro clínico teniendo en cuenta las variables epidemiológicas regionales.
- Conocer y seleccionar los estudios complementarios que permitan realizar el diagnóstico en el primer nivel de atención de Salud.
- Decidir la derivación oportuna a centros de mayor complejidad de aquellos casos que excedan el nivel de atención primaria.
- Promover educación sanitaria individual y comunitaria para disminuir su incidencia.
- Promover la formación de equipos de salud que interactúen especialmente en las comunidades de menores recursos, donde las consultas suelen realizarse en forma tardía.

CONTENIDOS

- Conocer cada una de estas zoonosis en nuestro país y regiones limítrofes.
- Clasificación de las diferentes causas etiológicas. Recuperar conocimientos de Área de Injuria y Defensa.
- Datos epidemiológicos actualizados, que nos permitan sospechar la presencia de las mismas.
- Fisiopatogenia y signos sintomatología clínica de cada una de las diferentes infecciones.
- Metodología diagnóstica utilizable en el 1er nivel de atención.
- Factores psicosociales que puedan intervenir especialmente en aquellas que se minimizan por pertenecer a la categoría de "olvidadas".

- Como intervenir en la educación individual y colectiva de cada una de estas infecciones.
- Destacar la importancia de trabajar desde el punto de vista individual y colectivo, educación en salud para la comunidad, que le permita al individuo reconocer sus derechos y deberes.

SITUACION PROBLEMA

Datos personales

Nombre: Daniel tiene 48 años

Lugar de nacimiento: Rosario. Provincia de Santa Fe.

Estado civil: casado

Domicilio actual: zona rural. Carcarañá

Ocupación: Empleado en frigorífico sector despance.

Motivo de consulta

Febrícula vespertina, adinamia, malestar general

Enfermedad Actual

El paciente refiere que desde hace varias semanas presenta febrícula vespertina con intensa sudoración nocturna, hasta hace unos días seguía concurriendo a su trabajo pero actualmente la astenia y adinamia se va intensificando. Daniel refiere que hace 20 años que trabaja en ese frigorífico y que para el trabajo que realiza solo le proporcionan una manopla de red de metal. En el interrogatorio también refiere falta de deseo sexual.

En el hospital donde consulta le realizan análisis de rutina y observan los siguientes valores: Hematíes 530000/mm³, Hb: 15.5gr%, leucocitos: 6.200/mm³, plaquetas: 235.000/mm³, VES: 1º hora 15mm.

Luego lo derivan a un hospital de Rosario y Ud. cuando lo recibe le solicita laboratorio de urgencia y observa los siguientes datos: Hematíes: 5.120.000/mm³, Hb:14.6gr%, leucocitos: 3.000/mm³, plaquetas: 80.000/mm³, VES: 1º hora 5mm. En orina se observa cilindruria y leve proteinuria

Antecedentes Personales

Enfermedades de la infancia varicela, sarampión y anginas a repetición. Esquema de vacunación completo para su edad.

Hábitos

Fumador de 20 cigarrillos/día hasta hace 5 años, actualmente no fuma. Bebe vino, solo durante las comidas los fines de semana. Pareja estable.

Examen físico

Temperatura axilar: 38°C

Fauces rosadas no congestivas.

Se palpan adenomegalias axilares, inguinales, cadenas cervicales, levemente dolorosas que desplazan sobre planos profundos y superficiales.

Aparato respiratorio: s/p

Se palpa reborde hepático a 2 cm del reborde costal

No se palpa bazo

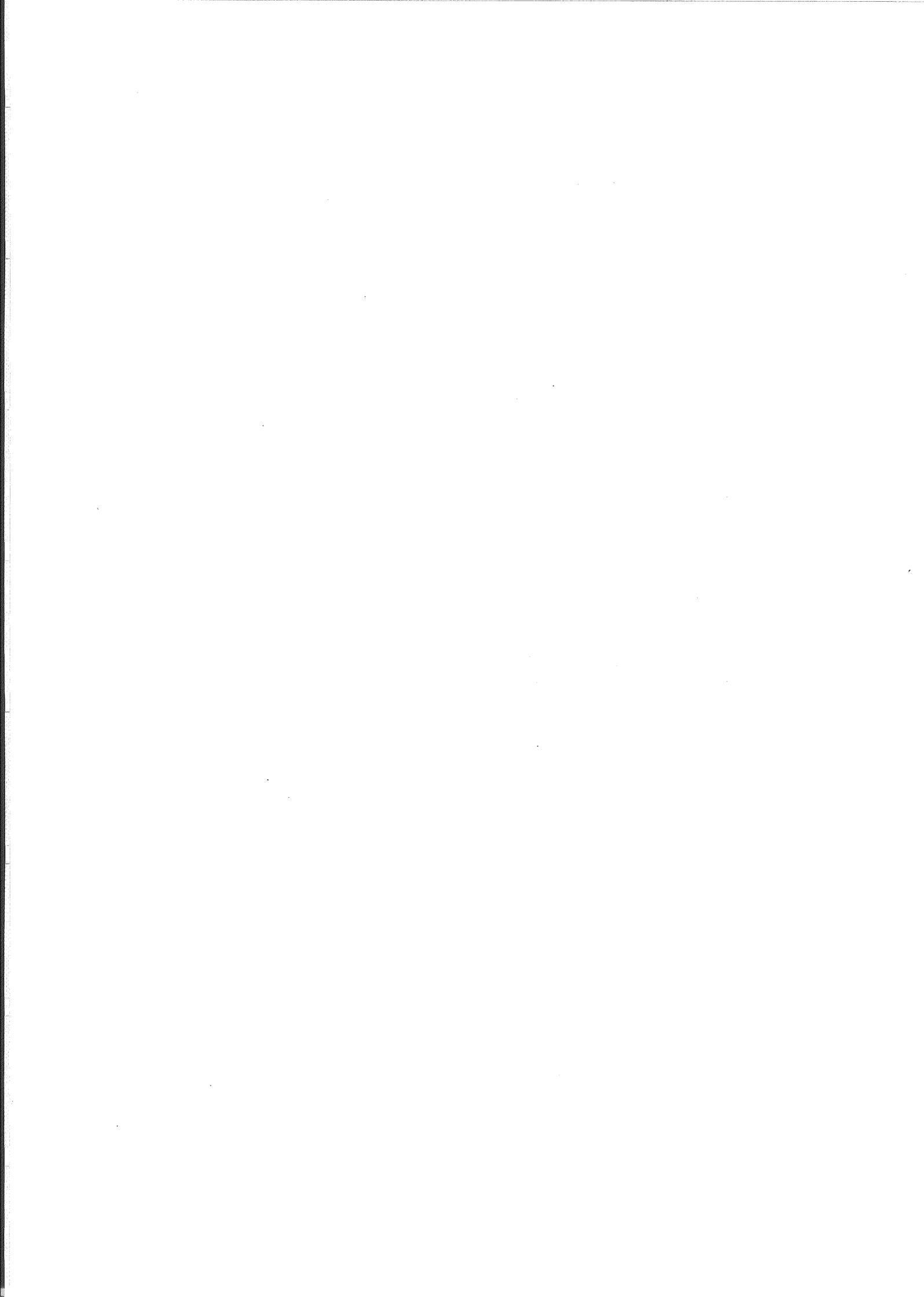
ACTIVIDADES A DESARROLLAR

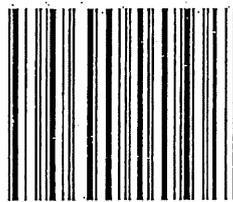
1. Búsqueda bibliográfica
2. Consulta con expertos
 - Infectología
 - Microbiología
 - Clínica medica
 - Farmacología
 - Medicina preventiva
 - Anatomía Patológica



BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "Medicina Interna" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "Textbook of Medicine" 21ª Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "Principios de Medicina Interna" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "Medicina para la práctica clínica" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "Medicina Interna". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Ed. Panamericana.
- GRECAA, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "Terapéutica Clínica". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECAA, GALLO R, PARODI R: "Medicina Ambulatoria". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECAA: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "Urgencias en psiquiatría". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "Fundamentos en Dermatología Clínica". 1ª Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria". 3ª Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "The Washington Manual of Medical Therapeutics" 29ª Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "Patología estructural y funcional". 7ª Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "Introducción a la Psiquiatría". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- GORODNER J. Enfermedades Infecciosas. Universidad Nacional del Noreste. Ed. Corpus 2004.
- PALMIERI O. Enfermedades Infecciosas Hospital Muñiz- Universidad Nacional de Buenos Aires. Ed. Mc-Graw-Hill 2001.
- CECCHINI E, GONZALEZ AYALA S. Infectología y Enfermedades Infecciosas. Ed. Journal. 2008
- MANDELL, DOUGLAS y BENNETT: enfermedades Infecciosas. Ed. Panamericana. 2005
- RECOMENDACIONES NACIONALES DE VACUNACION. 2012. www.msal.gov.ar/epidemiologia
- Ministerio de Salud de la Nación: www.msal.gov.ar/epidemiologia
- Organización Mundial de la Salud: www.who.int
- Organización Mundial de la Salud: www.ops.org.ar





Med 113 - 18

Clínica Médica 5°