2019

UT N° 1-25

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario

Carrera de Medicina
Ciclo Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Guía de Aprendizaje
ÁREA CLÍNICA MÉDICA 4°

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario

GUÍA DEL ESTUDIANTE
CARRERA DE MEDICINA

CICLO DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN
ÁREA CLÍNICA MÉDICA

Unidades Temáticas Nº 1 - 25

2019

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 Parodi

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. Polemos 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 (secretarias, empleadas administrativas), y quizás por ello no supimos defenderlos frente a estructuras como Obras Sociales o gerenciadoras 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 rechacemos) 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.

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 (Pediatría, 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 téoricos 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 (Páctica 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:** Imbuidos 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 profesores 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**.

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

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

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

Marongiu F. Rev. AMA 1983; 96: 153.

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

Unidad Temática 1

EXÁMEN PERIÓDICO DE SALUD

OBJETIVO

- Conocer en qué consiste un examen periódico de salud y qué áreas abarca.
- Valorar qué medidas son apropiadas en cuanto a diagnóstico y a consejo médico teniendo en cuenta el costo, los posibles beneficios y sus riesgos.
- Desarrollar un espíritu crítico sobre las medidas preventivas.
- Estimular el estudio en profundidad revisando la bibliografía.

CONTENIDOS

- Medicina basada en la evidencia. Puntos fuertes y débiles. Grados de evidencia y tipos de recomendación.
- Detección de:
  - Hipertensión arterial (HTA).
  - Dislipidemia.
  - Diabetes mellitus.
  - Insuficiencia renal.
  - EPOC mediante espirometría.
  - Osteoporosis.
  - Enfermedad tiroidea.
  - Enfermedades de transmisión sexual (ETS).
  - Aneurisma de aorta abdominal.
  - Tabaquismo.
  - Desacondicionamiento físico.
  - Sedentarismo.
- Evaluación del riesgo cardiovascular.
- Tamizaje oncológico:
  - Cáncer de cuello uterino.
  - Cáncer de colon.
  - Cáncer de mama.
  - Cáncer de próstata.
- Inmunizaciones.
- Quimioprofilaxis: aspirina y ácido fólico.
- Consejo médico.

COENIDOS A RECUPERAR

- Anatomía y fisiología de la circulación coronaria (Trabajo y tiempo libre)
- Aterosclerosis (Injuria)
- Diabetes (Injuria)

- Insuficiencia renal (Defensa)
- Grandes síndromes (Injuria y Defensa)
- Métodos de medición de la presión arterial (Laboratorio de habilidades)
- Dislipemias (Injuria)
- Neoplasias (Defensa)
- Gérmenes y fisiopatología de las enfermedades de transmisión sexual (Injuria y Defensa)
- El tabaco como noxa (Injuria)
- La influencia de las condiciones sociales y culturales en la alimentación (Nutrición)
- El valor del ejercicio físico (Trabajo y tiempo libre)
- Necesidades energéticas, proteicas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales, para adolescente, adulto joven y adulto mayor. (Nutrición)
- Consumo de sodio en las sociedades actuales: concepto de desadaptación genético ambiental (Nutrición)
- Clasificación de los alimentos -Valor de los alimentos. Clasificación de lo grasas: saturados, monoinsaturadas, poliinsaturadas, colesterol. (Nutrición)

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos Personales

Nombre: Rosa L. Edad: 68 años. Estado civil: casada, con tres hijos. Domicilio: vive en un departamento en el centro de la ciudad de Rosario. Ocupación: docente del primario jubilada. Actualmente ama de casa.

Motivo de Consulta

Control de salud.

Enfermedad Actual

La paciente, refiere que por insistencia de sus hijos decidió concurrir para un control de salud pero que no tiene ningún síntoma ni signo que la alarme.

Antecedentes personales

Hipertensión desde hace 5 años medicada con losartán 50 mg/día.

Dislipidemia diagnosticada hace 6 años por lo que toma 5 mg diarios de rosuvastatina.

Colecitectomizada hace 10 años.

Hábitos

Tabaquismo: niega.

Alcoholismo: niega.

Drogas: niega.

Actividad física: no realiza.

Sueño: conservado.

Catarsis conservada.

Diuresis conservada.

Actividad sexual: no se pregunta debido a que fue la primera consulta y concurrió acompañada con su hija. Se decidió dejarlo para la segunda consulta.

Antecedentes familiares

Madre fallecida por cáncer de mama.

Examen Físico

Paciente lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Signos vitales PA 125/70 mmHg, FC 65 lpm, FR 15 rpm, T° 36,6. Peso 83 kg, Talla 1,63 m., IMC: 31,2 kg/m^2. Sin otras particularidades.

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
   - Clínica Médica
   - Cardiología
   - Diagnóstico por imágenes
   - Salud Mental
   - Neumonología
   - Nutrición
   - 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". 1ª 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. Polemos 2006, Buenos Aires
- LÓPEZ LB, SÚAREZ MM: "Fundamentos de Nutrición Norma"l. Ed. El Ateneo
- Atlas de Enfermedades del Corazón: Hipertensión: Mecanismos y Tratamiento. Braunwald y Col.
- BRAUNWALD: "Tratado de Cardiología".

Unidad Temática 2
DOLOR MÚSCULO-ESQUELÉTICO. FIBROMIALGIA

Introducción

Cada vez que se encara el tema de la enfermedad psicosomática se perfila inmediatamente un problema de *recomposición*, la recomposición de la unidad perdida a la que alude el mismo término "psicosomática" entre psiquis y soma.

Este planteamiento esencialmente dualista que tanto ha influido y continúa influyendo en nuestra cultura, procediendo mediante bipolarismos antitéticos, en vez de por síntesis dialécticas aparece también en la actitud fundamentalmente *objetivante* con la cual la medicina ha afrontado siempre al cuerpo y sus manifestaciones.

La medicina ha reducido al cuerpo a un simple agregado de órganos y ha explicado sus fenómenos como accidentes biológicos en los cuales está inexorablemente cortada la relación del cuerpo con el mundo, y por lo tanto con las modalidades de su vivir.

La exigencia de *recomposición*, se debería convertir en una ***restitución:*** la restitución al individuo del sentido global de su ser, al mismo tiempo biología, emociones, afectos, pensamientos, relaciones con los demás y con el ambiente.

Los seres humanos somos psicosomáticos, aunque intentemos justificarnos estableciendo relaciones de causa-efecto. No existen las patologías únicamente orgánicas ni aquellas 100% psíquicas. Tampoco se da una vinculación causa-efecto de modo que lo somático cause lo psíquico o viceversa.

Ya lo decía Hipócrates, en la Grecia Antigua, cuando afirmó que "No hay enfermedades sino enfermos".

Un psicoanalista alemán, ya fallecido, llamado Alexander Mitscherlich, se dedicó a estudiar las enfermedades psicosomáticas. El decía, siguiendo a Freud, que todas las patologías se producen como consecuencia de situaciones vivenciales –catástrofes, duelos o pérdidas– y por el efecto que éstas tienen en nuestras vidas. Esto no significa que toda persona que atraviesa este tipo de eventos tendrá un proceso patológico, pero sí, quizás, quienes carecen de recursos para poder elaborar estas situaciones que causan un impacto singular en la vida de las personas.

El síntoma habla, comunica; expresa un sentido que podríamos definir como simbólico, no sólo desde el significado analítico del término, sino que el síntoma "reúne en sí", recompone, sintetiza el sentido comunicativo del **contexto** de comunicación y **de relaciones** en el que aparece.

Lo importante para conocer la "causa" de la enfermedad es entenderla como algo que se está manifestando y tiene un sentido afectivo, singular y relacional. Por eso ante los primeros síntomas cabe preguntarse: ¿Qué **más** está pasando realmente?

Objetivo

- Conocer los contenidos básicos para comprender un cuadro de fibromialgia
- Comprender las alteraciones musculares su semiología, elementos de diagnóstico y diagnóstico diferencial.
- Etiopatogenia del dolor y debilidad muscular
- Relación de las funciones psíquicas con las manifestaciones somáticas
- Capacitarse para el diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento de las distintas enfermedades musculares
- Cuando derivar

Contenidos

Anatomía e histología del músculo. Funciones musculares, neurotransmisión y placa motora.

Contractilidad y tono.

Semiología Clínica

Que son las enfermedades psicosomáticas

Bases anatómicas y fisiológicas de los dolores musculares

Semiología clínica: Dolor y debilidad muscular. Clasificación, diagnóstico y tratamiento

PREVENCIÓN PRIMARIA

Relación entre el huésped, noxa y medio ambiente.

Anatomía e histología del músculo.

Funciones musculares, neurotransmisión y placa motora. Contractibilidad y tono muscular

Semiología del músculo.

Reflejos nociceptivos y dolor muscular

Importancia del ejercicio como mantenimiento del músculo normal.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Detección precoz de las enfermedades musculares, su diagnóstico

Semiología clínica y exámenes complementarios.

Importancia de la Electromiografía.

Laboratorio y valor de las enzimas musculares

Diagnóstico diferencial:

Polimiositis / Dermatomiositis

Polimialgia reumática

Miastenia gravis.

Aspectos psíquicos y biológicos.

Repercusiones sociales

Bases de tratamiento

PREVENCIÓN TERCIARIA

Elementos de Rehabilitación y recuperación físico – psíquico – social de las enfermedades musculares

Contenidos Desagregados

Recuperar conocimientos sobre:
Anatomía e histología muscular

Transporte a través de membrana, bioelectricidad y fisiología de los tejidos excitables y basesfisiológica del proceso de adquisición y transmisión de la información. (UP 6 Módulo niñez)

Procesos sensoriales (UP 9 Adultez joven)

Función fisiológica del proceso límbico (UP 10 Adultez joven Crecimiento y desarrollo)

Funciones superiores del Sistema Nervioso (UP 10 Adultez joven Crecimiento y desarrollo)

Músculo Esquelético. Aspectos generales de la actividad nerviosa refleja

Propiedades eléctricas y mecánicas del músculo esquelético

Reflejos (UP 12 Adultez mayor. Crecimiento y desarrollo)

Semiología muscular

Contenidos a Recuperar

Recuperar conocimientos sobre:
Anatomía e histología muscular

Transporte a través de membrana, bioelectricidad y fisiología de los tejidos excitables y basesfisiológica del proceso de adquisición y transmisión de la información. (UP 6 Módulo niñez)

Procesos sensoriales (UP 9 Adultez joven)

Función fisiológica del proceso límbico (UP 10 Adultez joven Crecimiento y desarrollo)

Funciones superiores del Sistema Nervioso (UP 10 Adultez joven Crecimiento y desarrollo)

Músculo Esquelético. Aspectos generales de la actividad nerviosa refleja

Propiedades eléctricas y mecánicas del músculo esquelético

Reflejos (UP 12 Adultez mayor. Crecimiento y desarrollo)

Semiología muscular

Situación Problema

Datos personales

Susana, de 36 años de edad

Estado civil: separada, vive consus 3 hijos

Ocupación: maestra de grado

Estudios: terciario completo

Vivienda: de material con agua corriente y cloacas

Motivo de consulta

Astenia, dolores generalizados, cefalea

Enfermedad actual

Susana se queja de dolores generalizados en todo el cuerpo, de características difusas, pobremente localizado, que manifiesta a nivel muscular y articular a predominio cervical y de ambos hombros. Dichos dolores empezaron hace aproximadamente 3 años, coincidiendo con la separación de su esposo.El cuadro se exacerba ante situaciones de estrés emocional y posterior a la realización de esfuerzos. Sin embargo al suspender su rutina de natación, nota exacerbación de los dolores generalizados. Refiere también cefalea, holocraneana, vespertina, que se exacerba con episodios de tensión emocional y mejora con antiinflamatorios no esteroideos o miorelajantes.

Su sueño no es reparador, se interrumpe varias veces por las noches, y se despierta con la sensación de no haber descansado. A esta dificultad le atribuye su marcada astenia, que sumada a los dolores generalizados, le impiden realizar sus actividades diarias.

Se encuentra en licencia laboral por dicho cuadro, lo cual le genera marcada preocupación y ansiedad por tener la sensación de no estar cumpliendo con su cargo y generar situaciones de tensión entre sus compañeras

de trabajo. Además en las últimas semanas encuentra gran dificultad para ocuparse de las tareas domésticas habituales y del cuidado de sus hijos, lo cual aumenta marcadamente su carga de angustia.

Niega síntomas de inflamación articular, o rigidez matinal mayor a 15 minutos.

Niega fiebre, pérdida de peso o cambios del hábito evacuatorio.

Antecedentes personales:

Uso de ibuprofeno 400 mg hasta 3 veces por día, y ocasionalmente pridinol 4 mg.

Gestas:3, partos: 0, cesáreas: 3.

Menstruaciones regulares 4 días cada 30

Colecistectomía a los 27 años de edad

Cirugía por síndrome de túnel carpiano a los 32 años de edad

No tiene otros antecedentes personales de jerarquía.

Hábitos

No fuma

No consume alcohol

Practica natación una hora por semana en forma irregular

Dieta variada

Antecedentes familiares

Padre: fallecido por cáncer de páncreas a los 65 años de edad

Madre: viva, hipertensa

Tres hijos vivos sanos, de 9, 7 y 4 años de edad.

Examen físico

Impresiona sana, preocupada y ansiosa. Sin posiciones antálgicas.

Presión arterial: 120/75 mmHg; FC: 79 latidos/min Peso: 64 kg, talla: 162 cm

Presenta hiperalgesia a la presión de puntos sensibles a nivel de cara interna de ambos codos, región lateral de ambos muslos, cara interna de ambas rodillas y en regiones anteriores y posteriores del cuello, en forma simétrica, sumando en total 12 puntos sensibles.

Se palpa además contractura de músculos paravertebrales a nivel cervical. Sin desviaciones a la inspección raquídea, con movilidad conservada.

Sin dolor a la palpación de las superficies articulares ni sinovitis. Rango de movilidad articular conservado en todas las articulaciones. No presenta signos de tenosinovitis, lesiones mucocutáneas, o alteraciones ungüeales.

Resto del examen físico sin particularidades

Estudios complementarios:

Laboratorio general: Hematocrito: 41%, glóbulos blancos: 6600/mm^3, neutrófilos 64%, eosinófilos: 2%, basófilos: 0%, linfocitos: 30%, monocitos: 4%; glucemia 74 mg/dl, urea 28mg/dl,Creatinina 0,8 mg/dl,Na^+ 137mEq/l, K^+ 3,8mEq/l,TGO 15 UI/l, TGP 16 UI/l,fosfatasa alcalina 124 UI/l, VES: 6 mm/hora, proteína C reactiva (PCR) 0,1, CPK 64 UI/ml, TSH 2,4uU/ml.

Orina: sin particularidades

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.

   Clínica Médica

   Reumatología

   Neurología

   Diagnóstico por imágenes

   Salud Mental

   Farmacología

   Anatomía Patológica

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna"* 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- FUSTINONI O:*"Semiología del Sistema Nervioso"*. 8ª Ed. Ed. El Ateneo.1972
- FUSTINONI- PÉRGOLA: *"Neurología en esquemas"*. 2ª Ed. Ed Panamericana. 2001

Unidad Temática 3
DEPRESIÓN

Introducción

La depresión es una experiencia muy común para todos nosotros. Todos nos sentimos hartos, abatidos o tristes en algún momento de nuestras vidas. Las razones para tales sentimientos suelen parecer evidentes -una discusión, una frustración, una pérdida de algo o alguien importante- aunque no siempre es así. En ocasiones nos sentimos malhumorados, fastidiados, tristes, o «nos hemos levantado con el pie izquierdo» y realmente no sabemos porqué.

En algunas personas la depresión puede ser tan grave que domina sus vidas hasta el punto que les impide enfrentarse a las mismas en su forma habitual y les lleva, en ocasiones, a considerar que no merece la pena vivir. Esto no es " darse por vencido ", y acusar a estas personas de "compadecerse de sí mismos " o de "no querer sobreponerse" no ayuda en absoluto. Cuando la depresión alcanza este grado constituye ya una enfermedad que precisa de tratamiento.

Al igual que en la depresión normal de cada día, en la depresión que ya obstaculiza la vida, las relaciones, la productividad y la capacidad de amar; unas veces existe una causa aparente y otras no. La depresión puede surgir como reacción ante una enfermedad física, ante el fallecimiento de un ser querido, como consecuencia de estar sometido a un estrés continuado o sobrecargado de trabajo, o secundaria al hecho de estar desempleado o de tener problemas económicos, de vivienda o en las relaciones con los demás, pero a diferencia de lo que ocurre en la tristeza y el desgano normal la reacción es mucho más intensa y duradera.

Objetivos

- Recorrer brevemente los hitos históricos de la especialidad médica llamada Psiquiatría.
- Analizar críticamente los distintos sistemas de clasificaciones que integran la llamada "Clínica Psiquiátrica".
- Conocer a qué se le llama depresión en Clínica Psiquiátrica y cómo puede presentarse en la consulta médica el paciente deprimido.
- Reconocer las distintas acepciones que puede tomar el término depresión: como queja, como nombre del malestar, como especial estado de ánimo, como diagnóstico médico, como campo del sufrimiento.
- Reflexionar acerca de la particularidad que toma la relación con el enfermo cuando su queja se refiere a aspectos subjetivos.
- Analizar críticamente las distintas propuestas terapéuticas en los casos de depresión.

Contenidos

Breve historia de la Psiquiatría.

Ubicación de la Psiquiatría en el campo de la Salud Mental.

Clasificaciones en Psiquiatría.

Nociones de semiología psiquiátrica.

La depresión en la clínica psiquiátrica.

El problema del diagnóstico psiquiátrico.

La depresión como queja, como síntoma, como síndrome, como enfermedad, como personalidad.

Duelo y Atención Primaria

La problemática de los afectos en la Clínica Médica.

Epidemiología de la depresión.

La depresión en Atención Primaria.

La subjetividad del enfermo.

Depresión en pacientes con enfermedades médicas

Planteamiento terapéutico en depresión.

Situación Problema

Estefanía tiene 39 años

Ocupación empleada de una perfumería

Tiene obra social

Vive en casa de material, con agua potable y cloacas.

Es derivada por la ginecóloga del centro de Salud para un control clínico. La consultó previamente por amenorrea y el deseo de tener un hijo.

En el relato refiere desgano, apatía y falta de interés en cosas que habitualmente la motivaban. Solía concurrir con su madre a colaborar a un comedor comunitario del barrio, pero siente que ya no le interesa.

Se define como una persona perfeccionista, todo para ella es un ritual, levantarse peinarse, vestirse. Durante la mañana se despierta con más energía, pero por la tarde se siente más triste, y le cuesta conciliar el sueño.

En el último tiempo ha sentido la necesidad de ser madre, y ha motivado la consulta.

Antecedentes familiares:

Padre con depresión endógena en tratamiento psiquiátrico.

Madre con hipertensión arterial

Antecedentes personales:

Refiere amenorrea desde hace 5 meses, en estudio.

Tiene pareja desde hace 2 años y desea embarazo.

Perdió peso, actualmente 46 kg.

Alimentación irregular, saltea comidas,puede ayunar todo el día, y solo cena frutas.

Examen Físico

Paciente lúcida, afebril, orientado en tiempo y espacio.

PA: 100/70 mm Hg. FC: 100 latidos x minuto

Talla: 176 cm Peso: 46 Kg.

Cuello: sin ingurgitación yugular.

Aparato cardiovascular: ruidos normofonéticos, no se auscultan soplos.

Aparato Respiratorio: s/p.

Abdomen: sin visceromegalias.

Resto del examen físico s/p

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica
2. Consultas con Expertos

   Clínica Médica

   Psiquiatría

   Área Ética

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna"* 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- KAPLAN, H. Y B. SADOCK. *"Compendio de Psiquiatría"*,Masson-Salvat, Barcelona.1991.
- RICÓN, L et al. "*Problemas del campo de la salud mental*", Paidós, Bs As, 1995.
- SERRANO, F:"*Depresión en enfermedades médicas*". Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino.
- Historia de la enfermedad mental y la psiquiatría. (Ficha)
- www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple11.html - 6k -

Unidad Temática 4
TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Introducción

La ansiedad es una respuesta en forma de defensa instantánea ante el peligro. Como tal, se trata de una respuesta de adaptación en la especie humana, ejerciendo en principio una función protectora.

El ser humano durante miles de años se ha tenido que enfrentar a infinidad de peligros; cuando estos se presentaban, las respuestas más eficaces para preservar la integridad del sujeto eran dos: LA HUIDA OLA LUCHA.

Los mecanismos psicofisiológicos humanos, que preparan para la huida o la lucha (respuestas de ansiedad) han cumplido un eficaz papel a lo largo de los tiempos. El problema es que el ser humano ya no tiene que enfrentarse con animales que corren detrás de él para convertirlo en su cena; en cambio otras muchas amenazas lo rodean y le acompañan a lo largo de su existencia, haciendo que el fantasma del peligro lo aceche detrás de cualquier situación inofensiva.

No obstante, el término ansiedad posee una gran extensión (o sea: se aplica a múltiples fenómenos) dentro de las clasificaciones y entidades del campo de la Salud Mental y está en la actualidad muy difundido en el lenguaje popular, nombrando a múltiples estados afectivos que es necesario desentrañar.

Por eso, tanto dentro del campo médico como dentro de las expresiones y quejas de los pacientes la palabra "ansiedad" no designa a un único y mismo fenómeno.

Deseamos resaltar que la ansiedad es un mecanismo de intención adaptativa que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante. En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico.

Hay en la literatura médica y psiquiátrica cierta ambigüedad en el uso de dos términos ligados entre sí, pero que no son sinónimos: **la ansiedad y la angustia**.

La angustia es un afecto típicamente humano, que implica la señal subjetiva de la inminencia de un peligro para el sujeto hablante. Todos los seres humanos experimentan angustia en distintas situaciones, y quizás por ello, la angustia ha sido objeto de reflexión de múltiples discursos, desde el médico, pasando por el filosófico, el psicológico, el psiquiátrico hasta el artístico (especialmente en el campo de la literatura).

Objetivos

- Conocer qué entendemos por trastornos de ansiedad y angustia en Clínica Psiquiátrica y cómo puede presentarse en la consulta médica el paciente ansioso y angustiado.
- Reconocer las distintas acepciones que puede tomar los términos ansiedad y angustia: como queja, como nombre del malestar, como especial estado de ánimo, como diagnóstico médico, como campo del sufrimiento.
- Conocer las diferentes posiciones teóricas acerca de la angustia como afecto humano universal y las crisis de angustia como problema de salud.
- Reflexionar acerca de la particularidad que toma la relación con el enfermo cuando su queja se refiere a aspectos subjetivos.
- Analizar críticamente las distintas propuestas terapéuticas en los casos de ansiedad.

Contenidos

La ansiedad y sus componentes psicofisiológicos.

La angustia y la subjetividad.

La ansiedad y la angustia como problema en APS.

Los trastornos de ansiedad.

La ansiedad y la angustia en el mundo contemporáneo.

Epidemiología de los trastornos de ansiedad.

Teorías sobre la angustia.

Diferencias entre ansiedad, angustia, miedo, terror.

Patologías orgánicas y medicamentos que pueden causar o agravar síntomas de ansiedad.

Terapéutica de los trastornos de ansiedad.

La ansiedad, la angustia y el miedo como reacciones frente a la enfermedad orgánica.

El diagnóstico situacional como herramienta operativa para el médico de APS frente al sufrimiento subjetivo.

Situación Problema

Zulma trabaja en el Comedor Infantil del barrio desde hace unos años. Era muy conocida por su buen humor y los chicos que concurrían al comedor hablaban de lo bien que los trataba. El Comedor sufrió varios robos en el último año. Los vecinos están muy preocupados sobre la continuidad del mismo.

En los últimos 2 meses, Zulma concurrió tres veces al Centro de Salud. La primera consultó por intensas cefaleas. La segunda por dolores de cintura y la tercera, por insomnio.

Zulma tiene 45 años, es madre de cinco hijos de 25, 24, 18 y dos mellizos de 14 años. Tres de sus hijos trabajan y los menores están en la escuela. Vive sola con sus cinco hijos.

En la última consulta, Zulma refiere encontrase muy cansada, no soportar más el bullicio de los chicos del Comedor y sentirse siempre con gran inquietud. Ha notado que sus manos tiemblan cuando fuma (fuma diez cigarrillos por día) y también cuando sostiene los cubiertos o una taza.

En estos meses y por primera vez, no fue al Comedor en cuatro oportunidades por sentirse mal, irritable y fatigada. Dice que aunque se quedó en su casa para descansar no pudo hacerlo, ya que limpió toda su casa, hizo la huerta... "No podía quedarme quieta, cada vez me siento más inquieta..."

Relata que por las noches la sorprenden sensaciones corporales extrañas y que por momentos se le ocurre que algo malo puede pasar. Cree que el corazón le late más rápido por momentos y hasta llega a sentirse mareada. Cuando puede dormir algunas horas, se despierta con muchos dolores en el cuello y en la espalda.

Ella estaba acudiendo a reuniones en la Iglesia, pero no puede concentrarse en algo por demasiado tiempo, así que por ahora dejó de ir.

Se preocupa por sus hijos, por el Comedor, por la seguridad en el barrio, por su propia salud...en fin, se preocupa por todo, o casi todo.

Al principio pensó que ella podría revertir lo que le sucedía, pero ahora se da cuenta de que sola no puede. Cuando conversó con su mejor amiga, ésta le dijo que ella tomaba todas las noches una pastilla para "poder descansar mejor" que le habían recetado cuando le hicieron una cesárea, hace tres años, y aún la sigue tomando. Zulma no sabe qué hacer pero no quiere seguir "siempre nerviosa".

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica
2. Consultas con Expertos

   Psiquiatría

   Clínica Médica

   Medicina y Sociedad

   Medicina Preventiva

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- KAPLAN, H. y B. SADOCK. *"Compendio de Psiquiatría"*.Masson- Salvat, Barcelona.1991. Cap.17.
- Revista VERTEX N:57. DEPRESION, ANSIEDAD Y ESTRES. Editorial Polemos.
- RICÓN L et al:*"Problemas del campo de la salud mental"*, Paidós, Buenos Aires, 1995.Cap.13
- SUAREZ RICHARDS, M. et al :*"Psiquiatría en Medicina General"*.Polemos, Bs. As, 2004.Cap.11.

Unidad Temática 5

EMERGENCIAS EN SALUD MENTAL

Introduccion

Una urgencia psiquiátrica es cualquier perturbación en el pensamiento, sentimientos o acciones para la que se necesita una intervención terapéutica inmediata. Por lo general esta intervención es requerida en primera instancia a los médicos generales. Esta intervención se efectúa en un alto porcentaje en la sala de los efectores polivalentes de salud, llegando a ocupar las crisis subjetivas, hasta un 50% de la demanda de los servicios de atención pre-hospitalaria y domiciliaria. A las clásicas demandas tradicionales propias de las patologías psiquiátricas la incidencia ha aumentado de la mano de la exclusión, la pobreza y la violencia. Los médicos participan cada vez más como parte de los servicios integrados de salud. El extenso alcance de la psiquiatría de urgencias va más allá de la práctica psiquiátrica general hasta incluir problemas especializados tales como la depresión-considerada la segunda causa de morbilidad en la actualidad-, el abuso de sustancias, violencia familiar; el suicidio, crisis de excitación, trastornos de la alimentación, trastornos mentales orgánicos, aspectos sociales como el vagabundeo, el envejecimiento. El médico general que recibe una urgencia debe estar formado para realizar las medidas necesarias para conceptualizar la crisis y poder encausarla para el comienzo de una tramitación de la misma. Sin medicalizar ni institucionalizar la problemática, sino siendo un articulador que posibilite una salida ética y duradera a los conflictos. Establecer un diagnóstico de situación en la inmediatez y las medidas de cuidado para el paciente y para terceros que sean pertinentes e introducir los referentes necesarios para resolverlas-médicos especialistas (psiquiatras, neurólogos, toxicólogos), familiares, aspectos legales, acompañamiento terapéutico, contención pertinente, etc. Así como el cuidado necesario para el personal y para él mismo.

Objetivos

- Recorrer brevemente los hitos históricos de la especialidad médica llamada Psiquiatría.
- Analizar críticamente los distintos sistemas de clasificaciones que integran en general y en la Psiquiatría.
- Definir "crisis".
- Definir crisis psiquiátrica y cómo puede presentarse en la consulta médica el paciente crisis.
- Hacer diagnóstico de situación social, familiar, institucional que permita establecer una estrategia.
- Reflexionar acerca de la particularidad que toma la relación con el enfermo cuando su queja se refiere a aspectos subjetivos.
- Analizar críticamente las distintas propuestas terapéuticas en los casos de una situación de crisis.

Contenidos

Breve historia de la Psiquiatría.

Ubicación de la Psiquiatría en el campo de la Salud Mental.

Clasificación en Psiquiatría.

Nociones de semiología psiquiátrica.

La crisis en la clínica psiquiátrica.

El problema del diagnóstico psiquiátrico en la crisis.

Crisis y Atención Primaria.

Los prodromos de la crisis en la Clínica Médica.

Epidemiología de la crisis.

La subjetividad del enfermo en crisis.

Estrategias para resolver una crisis.

Intento de suicidio

Representa el mayor riesgo de mortalidad por trastornos psiquiátricos. Se puede presentar a cualquier edad de la vida, pero con una mayor incidencia en la adolescencia y entre los 45 y 75 años. Es más frecuente en viudos y solteros, y en situaciones vitales de aislamiento socio afectivo.

Se lo puede definir como toda acción personal, dirigida contra uno mismo, que tiene por finalidad la muerte.

Si bien es cieno que cuando hablamos de suicidio es necesario, plantear y diferenciar distintas situaciones (intento de suicidio, amenazas de suicidio, ideas de suicidio), lo importante es que el médico tome en serio cualquier amenaza, gesto o interno de suicidio, incluso en aquellos casos en que a primera vista parezca que el paciente desea manipular a los demás.

La presencia de factores de riesgo nos debe hacer pensar en la existencia de un alto riesgo de suicidio. Se debe tomar en forma juicioso, y no subestimar, cualquier amenaza o idea de suicidio del paciente.

Situacion Problema

El paciente es traído a la guardia acompañado por sus vecinos. Fue encontrado en la mitad de la calle, los autos pasaban muy cerca y al paciente parecía no importarle la situación. Refieren los vecinos que el paciente es viudo, tiene 65 años, vive solo, sale poco, que semanalmente recibe la visita de una tía que vive en otra localidad, que cuando sale lo han visto vagabundear sin rumbo.

Al llegar a la guardia el paciente se presenta poco comunicativo, respondiendo pasivamente a las órdenes. Al interrogatorio, el paciente responde relatando que pensó en quitarse la vida.Su habla es coherente y se manifiesta una gran tristeza.

"He ido en 2 oportunidadesal dispensario, pero los médicos están siempre apurados y no he podido contar lo que me pasa, solo converso con Maria, la enfermera del turno mañana, que es la única que me escucha".

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica
2. Consultas con Expertos

   Jefes de guardia

   Psiquiatras

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna"* 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- HAROLD I. KAPLAN, BENJAMÍN J. SHADOCK:"*Manual de Psiquiatría de Urgencias*". Ed. Salvat.
- STEVEN E. HYMAN, GEORGE E. TSAR: "*Manual de Urgencia Psiquiátrica*". Ed. Masson-Little, Brown.
- LÍA RICÓN, S. DI SEGNI Y COLABORADORES: "*Problemas del campo de la Salud Mental*" Ed. Paidós.

Unidad Temática 6

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Objetivos

- Conocer el concepto de infecciones de transmisión sexual.
- Reconocer los factores de riesgo para contraer ITS.
- Conocer la prevalencia y la incidencia de las ITS en nuestra región.
- Conocer el algoritmo diagnóstico.
- Importancia del diagnóstico precoz.
- Nociones de esquemas terapéuticos.
- Profilaxis post-exposición.
- Saber cuando derivar al especialista.
- Comprender a las ITS como un problema social
- Aspectos legales.

Contenidos

Enfermedades de transmisión sexual. Generalidades y prevención

Uretritis. Etiología Gonocócica y no gonocócica. Diagnóstico. Tratamiento. Seguimiento del paciente. Actitud ante las parejas sexuales de enfermos con uretritis.

Sospecha y diagnóstico de coinfección con VIH.

Sífilis. Diagnóstico clínico. Estadios: primaria, secundaria y terciaria. Diagnóstico de laboratorio.

Directo: examen con microscopio de campo oscuro, tinciones especiales, detección genómica con método de la reacción de la polimerasa en cadena (PCR).

Indirecto: Anticuerpos inespecíficos: R.P.R. (Rapid Plasma Reagin) y el V.D.R.L. (VenerealDiseaseResearchLaboratory).

Pruebas específicas: FTA-ABS (FluorescentTreponemal-AntibodyAbsorption). Reacción en cadena de la polimerasa.

Pautas de tratamiento de la sífilis primaria y secundaria.

Tratamiento de la sífilis latente, precoz y tardía.

Tratamiento de la neurosífilis.

Infección herpética genital. Diagnóstico.

Fármacos útiles para el tratamiento(Aciclovir,Valaciclovir, Famciclovir,Foscarnet).

Tratamiento del primer episodio. Tratamiento del hepes genital recurrente.

Infección por Papilomavirus Diagnóstico clínico.

Estudios citológicos, inmuhistoquímicos y virológicos.

Tratamiento. Fármacos útiles para el tratamiento de las verrugas genitales externas (Podofilox,Imiquimod).

Contenidos a Recuperar

Anatomía del aparato genital femenino y masculino.

Histología del aparato genital.

Fisiología del aparato genital.

Examen semiológico del aparato genital.

Situación Problema

Datos personales

Cristian de 25 años.

Estado civil: soltero

Domicilio: Rosario. Santa Fe

Ocupación: empleado de una fábrica.

Motivo de Consulta

Lesión en pene

Enfermedad actual

Comienza hace 7 días con una secreción amarillenta por la uretra que mancha el calzoncillo y que se presenta con más abundancia al levantarse.5 días antes agrega una lesión dura en la zona del surco balano-prepucial que luego se ulceró, quedando una lesión limpia. No refiere temperatura.

Antecedentes personales

Refiere que hace algunos años padeció gonorrea que fue tratada con antibióticos pero no recuerda el nombre y no le realizaron ningún estudio.
Esquema de vacunación completo.

Hábitos

Fuma desde los 15 años 15 a 20 cigarrillos diarios.
Bebedor de los fines de semanas entre 1 y 2 litros de cerveza por día.
Juega al fútbol dos veces por semana.
La ingesta de comida a mediodía es muy ligera por hacer horario corrido de trabajo.
Hábitos sexuales: no tiene pareja estable y con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana, con ocasional utilización de método de barrera.

Antecedentes familiares

Padre y madre vivos no se conocen enfermos.
Hermanos 4 vivos y sanos

Examen físico

Paciente lúcido, vigil, orientado en tiempo y espacio.
PA: 110/70 mmHg FC: 88 latidos por minuto
Altura: 170 cm Peso: 79 Kg.
Cabeza y cuello: piezas dentarias en buen estado. Mucosas rosadas y húmedas.
Tórax: buena entrada bilateral de aire. Resto s/p.
Cardiovascular: ruidos normofonéticos. No se auscultan soplos

Abdomen: s/p

Miembros superiores e inferiores s/p

Genitales: se observa lesión ulcerosa con bordes netos y fondo limpio, no doloroso a la palpación ni espontáneamente. En uretra se nota orifico eritematoso.

Resto del examen físico es normal.

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Consulta con expertos:
   Clínica Médica
   Dermatología
   Infectología
   Microbiología
   Bioquímica Clínica
   Medicina Preventiva
   Anatomía patológica

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna"* 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- PALMIERI: *"Enfermedades Infecciosas"*. 3ª edición.
- GORODNER J: *"Enfermedades infecciosas"* 2º edición. 2004.
- Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA.
- MARINI M, OXILIA M:*"Las enfermedades de transmisión sexual en los tiempos del SIDA"*.Ed.Marymar. 1999. Buenos Aires
- CD: "Atlas Fotográfico Dermatológico" edumedder@sad.org.ar

Unidad Temática 7

CÁNCER CUTÁNEO

Objetivos

- A los fines de la detección precoz y prevención del cáncer mucocutáneo, adquirir las habilidades propedéuticas que permitan evaluar a las lesiones cutáneas, comprendiendo la importancia clínica de las mismas.
- Conocer y saber educar a la población acerca de los factores de riesgo para prevenir y eventualmente inducir la consulta periódica respecto de las lesiones neoplásicas precoces o precursoras.
- Dada la accesibilidad de la piel y las mucosas de los orificios naturales a la inspección, a los fines de su prevención en el momento de la atención primaria, reconocer tempranamente a:
  - neoplasias de la piel y mucosa oral y genital, de ser posible en sus estadios iniciales.
  - enfermedades aparentemente benignas que por su potencial evolutivo pueden ser precursoras de una neoplasia cutánea.
  - lesiones cutáneas que podrían ser indicadoras de la presencia de neoplasias internas.
- Distinguir eficazmente patologías que pueden solucionarse en la atención primaria, de aquéllas que requerirán la interconsulta o la derivación al dermatólogo.
- Valorar los factores psicológicos, ocupacionales y culturales implicados en el cáncer de piel.

Contenidos

Estudio histológico-funcional de la piel - Semiología cutánea – el examen de la piel.

Factores de riesgo del cáncer cutáneo: constitución genética, radiaciones, sustancias químicas, virus, traumatismos, etc.

Mecanismos fisiológicos o fisiopatológicos por los cuales el cáncer interno puede expresarse en la piel.

Modalidades clínicas de las lesiones precursoras de cáncer mucocutáneo.

Modalidades clínicas de las neoplasias de la piel: carcinomas basocelulares y espinocelulares, melanoma, linfomas y Angiosarcomatosis de Kaposi.

Paraneoplasias dermatológicas y metástasis cutáneas de cáncer interno.

Conducta frente a los precursores, los estadios iniciales y las presentaciones típicas de cáncer cutáneo.

Conducta frente a las metástasis cutáneas de cáncer interno y frente a las paraneoplasias dermatológicas.

Factores psicológicos y culturales vinculados con el cáncer cutáneo.

Contenidos a Recuperar

Estructura, función, histopatología y semiología de la piel.

Observación de imágenes (atlas iconográficos) sobre el tema.

Situación Problema

Datos personales

Ana, de 45 años, originaria de Reconquista (Santa Fe)

Estado civil: casada

Ocupación: portera de un edificio de departamentos.

Motivo de consulta

Cuenta que ha escuchado por radio respecto de los peligros que trae la exposición solar y como tiene algunas lesiones de piel que hace algún tiempo la preocupan, pese a lo cual todavía no se había decidido a consultar, concurre ahora para preguntar acerca de ellas. Ninguna de las lesiones pica o molesta según refiere, por lo cual "hasta hacía poco les había restado importancia". Manifiesta que quisiera asegurarse de "no tener algo malo".

No siente ninguna molestia interna y su última consulta a un médico data de tres años atrás cuando tuvo dolores abdominales pasajeros que remitieron al día siguiente de dicha consulta.

Examen físico

Obesidad algo marcada. Está caracterizada por ojos castaño claros y piel extremadamente clara con profusión de efélides.A la inspección se constata fotodaño en piel de rostro y antebrazos, ligera queratosis de palmas, y engrosamiento de color oscuro en la piel de cuello. Además presenta una lesión blanca en mucosa yugal derecha. Ninguna de las lesiones pica o molesta según refiere, por lo cual "hasta hacía poco les había restado importancia".

Lesiones de tipo A: consisten en pequeñas manchas oscuras algunas irregulares y planas y otras circulares y salientes ubicadas tanto en sitios expuestos como en sitios no expuestos a las radiaciones solares.

Lesión de tipo B: formación carnosa del tamaño de un grano de pimienta en el surco nasogeniano derecho.

Lesión de tipo C: dos lesiones verrugosas acastañadas ásperas al tacto que "han aparecido hace poco" según refiere.

Actividades

1.- Búsqueda bibliográfica.

2.- Consulta con expertos:

Clínica Médica

Dermatología

Histología

Anatomía y Fisiología patológicas

Salud mental

Medicina del trabajo

Epidemiología

Medicina y Sociedad.

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna"* 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 1era Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "*Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Prima-*

ria". 3era 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"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- PORTA GUARDIA CA:*"Semiotecnia Dermatológica"*(Serv. De Publicaciones de la UNR, Rosario, 1986) Capítulos 2-4, 11, 12, 16.
- CD: "*Atlas Fotográfico Dermatológico*"en: edumedder@sad.org.ar

Unidad Temática 8
DISURIA

Introduccion

El síntoma disuria, definido como sensación de quemazón durante la micción, es un motivo de consulta muy frecuente en la Asistencia Primaria de la Salud. En las mujeres alcanza el 0,6% y en los varones el 0,1% anual. Los trastornos que producen disuria,generalmente requieren algún tipo de intervención terapéutica, por ese motivo el médico de familiadebe estar entrenado para diagnosticar y tratar cada una de las patologías que la producen.

Objetivos

- Conocer la epidemiología, etiología y la fisiopatología de la disuria.
- Aprender a solicitar correctamente el urocultivo y a brindar asesoramiento para una recolecciónadecuada de la muestra.
- Interpretar el resultado del análisis directo de orina y del urocultivo.
- Conocer las definiciones de bacteriuria asintomática, cistitis e infección urinaria complicada.
- Plantear la metodología diagnóstica en pacientes con disuria.
- Conocerlas enfermedades de la uretra, la vulva y la vagina que presentan disuria.
- Conocer el significado de la asociación de disuria, fiebre y síntomas generales.
- Conocer el tratamiento de cada uno de los trastornos que provocan disuria.

Contenidos

Epidemiología y fisiopatología de la disuria.

Como realizar una correcta entrevista y examen físico del/la paciente con disuria.

Examen directo de orina y urocultivo. Solicitud, técnica de recolección e interpretación de los resultados.

Microorganismos involucrados en vulvovaginitis, uretritis e infección urinaria. Características microbiológicas, mecanismos de resistencia, sensibilidad a los antimicrobianos de uso común en consultorio externo.

Presentación clínica de la vulvovaginitis, uretritis, cistitis y pielonefritis.

Tratamiento dirigido a la causa de disuria.

Necesidad de opinión especializada.

Situación Problema

Datos personales

Fernanda, de 22 años de edad

Estado civil: soltera. Vive sola

Ocupación: cajera en un supermercado

Estudios: secundario completo

Vivienda: de material completa con todos los servicios

Motivo de consulta

Disuria, poliaquiuria, tenesmo vesical

Enfermedad actual

Consulta por cuadro de 2 días de evolución de disuria de predominio terminal, poliaquiuria y tenesmo vesical. Niega fiebre o sensación febril, hematuria, lumbalgia, o eliminación de litos.

La paciente refiere que ha presentado episodios previos similares, 4 en el último año, automedicándose con antibióticos (habitualmente ciprofloxacina), sin realizar estudios complementarios. Refiere relacionar los episodios con períodos de mayor actividad sexual.

Antecedentes personales

Ciclos menstruales regulares. FUM 20 días previos a la consulta.

Gestas 0

No tiene otros antecedentes personales de jerarquía.

Hábitos

No fuma, no toma alcohol

Realiza actividad física regular en gimnasio 2 veces por semana

Dieta variada

Antecedentes familiares

Padre: vivo sano

Madre: viva, diabética tipo 2, dislipémica

Examen físico

Paciente lúcida, buen estado general

Presión arterial: 120/70 mmHg; FC: 88 latidos/min. Peso: 54 kg, Talla: 162 cm.

Dolor a la palpación profunda a nivel pelviano, sin defensa ni descompresión. Sin visceromegalias. Puntos ureterales indoloros. Ruidos hidroaéreos conservados. Puño percusión negativa bilateral.

Resto examen físico sin particularidades

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Consulta a expertos:
   - Clínica Médica.
   - Ginecología.
   - Urología.
   - Infectología.
   - Microbiología.
   - Farmacología.
   - Anatomía Patológica.
   - Medicina Preventiva.

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- MANDELL/BENNETT: "Enfermedades Infecciosas". 6º ed. Panamericana
- RUBISTEIN A, TERRASA S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2ª Edición. Panamericana. 2006

Unidad Temática 9
FARMACODERMIAS

Objetivos

- A los fines de la prevención o de la detección y solución eficaces de las farmacodermias, adquirir las habilidades propedéuticas que permitan evaluar a las manifestaciones cutáneas en su amplia variedad, comprendiendo la importancia de las mismas sobre la salud.
- Conocer y saber orientar al paciente acerca de los factores vinculantes entre los distintos medicamentos y sus reacciones adversas, para minimizar su riesgo.
- Distinguir claramente estas reacciones, aún en el caso de una inespecificidad evidente, para poder actuar precozmente con eficacia, aún en el caso de que se necesite la interconsulta con el dermatólogo.
- Dadas la multiplicidad de medicamentos que reciben ciertos pacientes y la eventual dificultad para sustituir algún fármaco, considerando además el desconocimiento habitual del paciente respecto de cuales medicamentos recibió y el que las reacciones puedan aparecer tiempo después de haber terminado el medicamento determinante de la reacción, será imprescindible recuperar la mayor cantidad y variedad de conocimientos sobre Farmacología y Terapéutica.
- Considerando los múltiples mecanismos y la escasa especificidad por los cuales la piel y las mucosas de los orificios naturales suelen presentar manifestaciones de efectos adversos a los medicamentos, y a los fines de reconocerlos prontamente, se los categorizará sistemáticamente a modo práctico en:
  - Farmacodermias por mecanismos inmunológicos.
  - Farmacodermias por mecanismos no inmunológicos.
- Valorar los factores psicológicos y culturales implicados en la aparición de las farmacodermias.
- Ética: valorar éticamente la relación riesgo/beneficio de toda terapia.

Contenidos

Mecanismos fisiológicos y fisiopatológicos por los cuales los diversos medicamentos pueden expresar manifestaciones en la piel.

Modalidades clínicas de las manifestaciones cutáneas más frecuentes en las reacciones adversas a medicamentos.

Modalidades clínicas de las manifestaciones cutáneas más frecuentes en las reacciones debidas a sustancias usadas para fines diferentes de los terapéuticos.

Conducta del clínico frente a la posibilidad de una manifestación de farmacodermia y cuidados a observar en su intervención temprana.

Factores psicológicos y culturales vinculados con la terapéutica y las farmacodermias.

Contenidos a Recuperar

Recuperar conocimientos sobre: Farmacología, Toxicología, Inmunología

Semiología de la piel.

Situaciones Problema

Caso nº 1.

Paciente masculino de 30 años con aparente buen estado general, que ingresa a la guardia con erupción maculosa diseminada en piel de tronco y parte proximal de miembros. Niega antecedentes de ingesta medicamentosa. A la inspección se constata un *exantema roseoliforme no descamativo, bilateral y simétrico, que afecta preferentemente tronco y respeta cara.* Su aparición data de hace cuatro días y no parece ser excesivamente pruriginoso.

Caso nº 2.

Paciente masculino de 48 años, etilista moderado, internado en servicio de clínica médica (reumatología), con fiebre, artralgias, inyección conjuntival y dificultad para la deglución; se solicita interconsulta con Dermatología por la aparición de *ampollas y erosiones dolorosas cubiertas con costras hemorrágicas, en labios y mucosa bucal.* Antecedentes: medicado por dolores dorsolumbares, alternativamente con: aspirina, ibuprofeno, diclofenac, meloxicam, y otros antiinflamatorios no esteroides, cuyos nombres no recuerda. Se lo ha medicado en los últimos tres meses con clonazepam y carbamacepina en un servicio de psiquiatría luego de una "crisis", según refiere, relacionada con su etilismo.

Caso nº 3.

Paciente femenina de 20 años internada por *estado febril con malestar general, artralgias simultáneamente con angina estreptocócica.* Ha presentado desde hace un mes *nódulos cutáneos en piernas.* Le aparecen en la fecha *lesiones purpúricas en antebrazos.* Se le ha administrado penicilina benzatínica hace 4 días. La paciente niega haber ingerido por su cuenta medicación alguna. Como único antecedente adicional manifiesta la toma desde hace 6 meses de anticonceptivos.

Actividades

1.- Búsqueda bibliográfica.

2.- Consulta con expertos:

Clínica Médica

Dermatología

Farmacología

Toxicología

Inmunología y Alergia

Medicina y Sociedad.

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna"* 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- CORDERO AA, COBREROS MS, ALLEVATO MA, DONATTI L: "*Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas"* 1ª edición; Ed. Panamericana.1997 Bs. As.

- FAINBOIM L, SATZ ML Y GEFFNER J: "*Introducción a la Inmunología humana*". 4ª edición; Edición del autor, Bs. As., marzo 1999.
- FERNÁNDEZ HERRERA J Y REQUENA CABALLERO L: "*Erupciones Cutáneas Medicamentosas*". Ed. Signament S.L. 2003.
- SHEAR N, KNOWLES SULLIVAN J, SHAPIROL: *"Reacciones cutáneas a fármacos"*. En Fitzpatrick: Dermatología en Medicina General, Ed. Panamericana, 2005, cap.138, 1496-1527.

Unidad Temática 10:
VIH-SIDA

Objetivos

- Conocer la historia natural de la infección por VIH con y sin tratamiento antirretroviral.
- Reconocer los eventos definidores de sida.
- Poder diferenciar las distintas causas de fiebre de acuerdo al estadio evolutivo de la infección por VIH.
- Reconocer situaciones de riesgo de vida en el paciente VIH febril.
- Poder realizar el diagnóstico y el tratamiento inicial de las infecciones oportunistas.
- Conocer los factores de riesgo para contraer la infección por VIH.
- Saber diagnosticar la infección por VIH y conocer sus implicancias ético legales.
- Conocer la prevalencia de la infección por VIH en nuestra región y en el país y el perfil de la epidemia
- Reconocer el impacto psicológico que implica para el paciente y su entorno el diagnóstico de la infección por el VIH y sus complicaciones.

Contenidos

Historia natural de la infección por VIH. Infección primaria. Infección asintomática.

Complicaciones infecciosas oportunistas y no oportunistas. Eventos definidores de sida.

Diferentes métodos diagnósticos para diagnosticar la infección por VIH. Pruebas de laboratorio para evaluar la progresión de la enfermedad.

Exámenes complementarios para el diagnóstico de las complicaciones febriles en el paciente VIH positivo.

Manejo inicial de las complicaciones infecciosas.

Principales drogas utilizadas en el tratamiento de las infecciones oportunistas Conceptos generales sobre el tratamiento antirretroviral.

Situación Problema

Datos personales

Esteban, 32 años

Estado Civil: soltero. Vive solo

Ocupación: analista de sistemas

Estudios: terciario completo

Vivienda: de material con todos los servicios

Motivo de consulta

Fiebre, tos y disnea

Enfermedad actual

Consulta a la guardia por cuadro de 7 días de evolución de fiebre, acompañada de tos seca progresiva. En las últimas 48 horas agrega disnea a moderados esfuerzos, que progresa a disnea de reposo en las horas previas a la consulta.

Antecedentes personales

Al interrogatorio refiere adinamia progresiva en los últimos 2 años, que atribuyó a exceso de trabajo, y perdida de aproximadamente 7 kg de peso en el mismo período, que consideró relacionado con menor ingesta por falta de apetito.

Niega infecciones previas, internaciones, u otros antecedentes patológicos de jerarquía.

Hábitos

Fuma 20 cigarrillos/día desde los 16 años de edad.

Consume alcohol 20 gramos los sábados y domingos

Consume cocaína inhalatoria los fines de semana.

Hábitos sexuales: heterosexual. Sin pareja estable. Refiere contactos sexuales con parejas ocasionales, con uso esporádico de métodos de barrera.

Antecedentes familiares

Padres vivos sanos

Examen físico

Lúcido, orientado en tiempo y espacio. Disneico. Impresiona severamente enfermo.

Presión arterial: 100/60 mmHg. FC: 110 latidos/min FR: 32 ciclos/min.

Peso: 62 kg. Talla: 175 cm.

Palidez cutáneo-mucosa sin lesiones. Escleras blancas. Sin distensión venosa yugular. Sin adenopatías. Sin edemas periféricos.

Ruidos cardíacos normofonéticos sin soplos ni frote pericárdico. Sin R3 ni R4.

Respiración costoabdominal con tiraje supraclavicular y supraesternal y reclutamiento de músculos esternocleidomastoideos.

Abdomen blando, depresible, indoloro. No se palpa hígado ni bazo. Ruidos hidroaéreos positivos.

Examen neurológico sin alteraciones.

Resto del examen físico sin particularidades

Exámenes complementarios:

Hematocrito 28% Hemoglobina 9,9 g/dl. Glóbulos rojos 3.100.000/mm^3. Glóbulos blancos 3800 /mm^3. Plaquetas 120.000 /mm^3. Fórmula leucocitaria: Neutrófilos segmentados 72%; Eosinófilos 3%; Basófilos 0%; Linfocitos 8%; Monocitos 17%. VES: 1era hora: 14 mm; Glicemia 77 mg/dl; Uremia 48 mg/dl; Creatinina: 0,7 mg/dl, GOT 26 UI/l; GPT 32 UI/l; Bilirrubina 1,1 mg/dl; LDH: 750 UI/l.

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Consulta con expertos:
   - Clínica Médica
   - Infectología
   - Microbiología
   - Bioquímica Clínica
   - Anatomía patológica
   - Medicina Preventiva
   - Eticistas

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna"* 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- GATELL J, CLOTET B; PODZANZER S; MIRÓ J; MALLOLAS J. Guia práctica del Sida. 2005. 8º Edición. Masson SA. Barcelona
- CECCHINI E. *"Infectología y enfermedades infecciosas"*. Ediciones Journal, Buenos Aires, 2008
- LUPO, S. "*Clínica y terapéutica de la infección por VIH y SIDA*". 1ªEd. UNR2003. Rosario
- MATHURIN SA, LUPO S, ALONSO HO. Fiebre de origen desconocido en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. Medicina(Buenos Aires) 2000; 60: 623-630.
- BARAT LM, GUN JE, STEGER KA et al. Causes of fever in patients infected with human inmunodeficiency virus who were admitted to BostonCityHospital. Clin Infect Dis 1996: 23: 320-328.

Unidad Temática 11
TOS CRÓNICA EN EL ADULTO (TCA)

Introducción

Se define como tos al flujo de aire expulsado a través de la glotis en forma explosiva con el propósito de limpiar la vía aérea de secreciones u otro material. Se entiende como tos crónica a la que persiste más de tres semanas. Este límite ayuda a distinguir la TCA de la tos secundaria a enfermedades virales comunes.

Objetivos

- Conocer laepidemiología, etiología y la fisiopatología de la TCA.
- Identificar la causa de la TCA de acuerdo a las manifestaciones clínicas presentes en el paciente.
- Conocer la sistemática de estudio de la TCA.
- Incorporar criterios terapéuticos para cada una de las etiologías dela TCA.
- Conocer la profilaxis de algunas de las causas de TCA.
- Definir el criterio de derivación para los enfermos con TCA.

Contenidos

Epidemiología, etiología y fisiopatología de TCA.

Presentación clínica de: goteo nasal posterior, asma, reflujo gastroesofágico, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tos crónica posinfecciosa y otras patologías que causan TCA.

Antecedentes: tabaquismo, familiar con cáncer de pulmón y consumo de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA's).

Sistemática de estudio: entrevista, examen físico y estudios complementarios útiles para el diagnóstico de la causa de TCA.

Tratamiento de las causas de TCA.

Necesidad de opinión especializada.

Contenidos a Recuperar

Reflejo de la tos. Coordinación nerviosa, etapas y aferencias sensitivas.

Anatomía, fisiología y fisiopatología de las vías aéreas superiores.Semiología de la nariz, faringe, oídos y cadenas ganglionares regionales.

Anatomía y fisiología pulmonar. Fisiopatología de la inflamación, obstrucción y espasmo bronquial.Semiología: frecuencia respiratoria, ciclo respiratorio, inspección, auscultación, palpación y percusión del tórax. Semiología del espasmo bronquial.

Anatomía y fisiología del aparato digestivo superior. Fisiopatología, semiología y consecuencias del reflujo gastroesofágico.

Características farmacológicas de los Inhibidores de la enzima convertidora. Efectos indeseables.

Situacion Problema

Alberto de 65 años. Nació en la ciudad de Santa Fe y actualmente vive en Rosario.

Está desocupado,separado y vive solo.

Vivienda de material con todos los servicios.

Motivo de Consulta

Exacerbación de su tos crónica, aumento de la expectoración habitual y mayor dificultad para respirar.

Enfermedad Actual

Comenzó hace 6 días con aumento de la disnea y de la tos crónica que padece, acompañada de cambios en las características de la expectoración mucosa habitual,que pasa a ser de color amarillento y en ocasiones con estrías de sangre. En las últimas 48 horas agregó escalofríos y sudoración profusa motivo por el cual consultó.

Antecedentes Personales

Tabaco: 40 cigarrillos diarios desde hace 30 años.

Alcohol: Toma 1 o 2 litros de cerveza, los fines de semana.

Antecedentes Familiares

Padre muerto de un ACV a los 55 años.

Madre viva hipertensa.

Un hermano falleció de cáncer de pulmón a los 45 años.

Examen Físico

Impresiona adelgazado. Vigil, orientado en tiempo y espacio.

Presión arterial 150/100mmHg.Frecuencia cardíaca 88 l/min. Frecuencia respiratoria 26 ciclos/min. Temperatura38°C.

Ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio parcial.

Aumento de diámetro torácico antero-posterior.

Ruidos cardíacos hipofonéticos.

Murmullo vesicular disminuido en forma generalizada.

Edema bilateral en ambos maléolos.

Exámenes complementarios

Hto: 48%, Glóbulos rojos 5.140.000 mm^3.Glóbulos blancos 10.400 mm^3: NS 78, E 2, B 4, L14, M 2). Glucemia: 76 mg/dl.Uremia: 24 mg/dl. Velocidad eritrosedimentación 1era hora: 12 mm.Estado ácido-base respirando aire ambiente pH 7,46, PCO_2 34 PO_2 61 CO_3H^- 22, saturación de la Hb. 89%.

Radiografía de Tórax: aplanamiento diafragmático, aumento de la transparencia de ambos campos pulmonares, relación cardio-torácica: 45%. No se definen infiltrados patológicos.

ECG: Ritmo sinusal. FC 75 l/min. Ondas P de voltaje aumentado y bloqueo incompleto de rama derecha.

Actividades a Desarrollar

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Consulta a expertos:
   - Clínica Médica.
   - ORL.
   - Neumonología.
   - Gastroenterología.
   - Infectología.
   - Farmacología.

Medicina Preventiva.

Anatomía Patológica.

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- MANDELL/BENNETT: "Enfermedades Infecciosas". 6º ed. Panamericana
- RUBISTEIN A, TERRASA S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2ª Edición. Panamericana. 2006

Unidad Temática 12
ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Objetivos

- Definición de fiebre de origen desconocido (FOD).
- Frecuencia de las diferentes causas de FODen nuestro medio.
- Costo-beneficio de los diferentes métodos de diagnóstico disponibles para el estudio de la FOD.
- La importancia de la endocarditis infecciosa como causa de FOD.
- Epidemiología, fisiopatología y factores predisponentes de la endocarditis infecciosa.
- Las manifestaciones clínicas relacionadas a la infección, lesión vascular y respuesta inmuneen esta enfermedad.
- Las alteraciones bioquímicas que produce y los métodos microbiológicos disponibles para el diagnóstico etiológico.
- La importancia de la Ecocardiografía para el diagnóstico de la enfermedad y de sus complicaciones.
- Los diferentes esquemas terapéuticos para el tratamiento de la endocarditis infecciosa con etiología conocida y desconocida.
- Los antibióticos alternativos para el caso de intolerancia o alergia.
- Las complicaciones inmediatas y mediatas de la enfermedad.
- Las indicaciones quirúrgicas.
- La profilaxis de endocarditis infecciosa en procedimientos odontológicos, urológicos o digestivos en pacientes con alteraciones valvulares o que han tenido endocarditis previa.
- La importancia del trabajo multidisciplinario en esta enfermedad.
- El rol del médico de asistencia primaria en la detección precoz de la enfermedad.

Contenidos Desagregados

Características estructurales y biológicas de los agentes causales de enfermedades infecciosas.

Relación entre microorganismos patógenos y hospedador.

Sistema inmune.

Mecanismo de transmisión huésped susceptible y medio ambiente.

Diagnóstico de las enfermedades infecciosas.

Espectro de los antibacterianos.

Concepto de sensibilidad y mecanismos de resistencia.

Asociaciones antibióticas.

Efectos indeseables de los antibióticos.

Contenidos a Recuperar

Anatomía y Fisiopatología del corazón

Semiología cardiaca

Farmacología antibiótica

Situación Problema

Datos personales

Carlos 48 años de edad. Nació y vive en Rosario.

Estado civil: casado 2 hijos

Ocupación: trabaja en una veterinaria en atención al público

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

Motivo de consulta

Fiebre, astenia y dolor torácico

Enfermedad actual

Paciente que consulta por cuadro de 2 días de evolución caracterizado por fiebre 38.5ºC, cefaleas y astenia agregándose en las últimas horas dolor torácico difuso.

Antecedentes personales

Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 10 mg/día

Hábitos

Practica Tenis los fines de semana con sus amigos y camina 20 cuadras diarias.

Antecedentes familiares

Padre vivo hipertenso

Madre viva hipertensa

Examen físico

Paciente en regular estado general. Conjuntivas pálidas con petequias en ángulo externo bilaterales.Boca: piezas dentales en regular estado. Presión arterial: 130/70 mmHg; FC: 82 latidos/minuto, ritmo regular; ruidos cardíacos normales, soplo sistólico 2/6 foco aórtico.

Resto del examen físico s/p.

Laboratorio

Eritrocitos 3.6000.000 mm^3, Hto. 36 % Hb. 11,20 g/dl, leucocitos 9.800 mm^3 (78 % neutrófilos), VES 93 mm en la 1º hora, Proteína C reactiva positiva, glucemia 0,88 g/dl, uremia 0,23 g/dl, orina: proteínas (+) Hb (+).

ECG: Aisladas extrasístoles.

Radiografía de tórax: Normal.

Se solicitaron cultivos respectivos

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica
2. Consulta con expertos
   - Clínica Médica
   - Cardiología
   - Infectología
   - Microbiología

Anatomía Patológica

Farmacología

Diagnóstico por imágenes

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- MANDELL, DOUGLAS, BENNETT: *"Enfermedades Infecciosas"* Principios y Práctica 5 Ed 2002.
- Revista Argentina de Cardiología vol 7 supl 5 2002.

Unidad Temática 13
MENINGITIS - ENCEFALITIS

Objetivos Conceptuales

- Conocer el concepto de meningitis, encefalitis y meningoencefalitis.
- Identificar etiologías infecciosas.
- Conocer los aspectos epidemiológicos.
- Reconocer a esta patología como una emergencia infectológica.
- Algoritmo diagnóstico.
- Criterios terapéuticos. Tratamiento empírico y etiológico.
- Profilaxis.

Objetivos Procedimentales

Se propone durante el desarrollo de la tutoría confeccionar un cuadro comparativo con las principales entidades, etiologías más probables según grupos etarios, características del LCR, y tratamientos empíricos, algoritmo diagnóstico.

Contenidos

Estudio epidemiológico de las meningitis y de las encefalitis

Clasificación de acuerdo a los agentes patógenos

Grupos etarios más afectados. Factores predisponentes

Fisiopatología

Presentación clínica

Métodos de diagnóstico

Tratamientos

Medidas preventivas

Contenidos Desagregados

Epidemiología: incidencia y prevalencia

Las meningitis y encefalitis bacterianas, virales, por espiroquetas, micóticas y parasitarias. Agentes patógenos más frecuentes en cada caso. Factores predisponentes

Fisiopatología, mecanismos de ingreso de los agentes patógenos al SNC

Formas de presentación clínica de las meningitis de acuerdo al agente patógeno y a la edad del afectado. Formas agudas y formas recurrentes. Formas de presentación de las encefalitis. La encefalitis por herpes virus

Métodos de diagnóstico: la importancia de la punción lumbar y del análisis y cultivos del LCR. Características del LCR en los distintos tipos de meningitis. bacterianas, tuberculosa y virales. Otros métodos de diagnóstico. Importancia de la tomografía computada y de la Resonancia magnética

Tratamientos que se utilizan actualmente para cada caso.

Medidas de prevención: en contactos y familiares y de reinfección.

Contenidos a Recuperar

Anatomía y fisiología del sistema nerviosos central.

Examen semiológico del sistema nervioso central.

Situación Problema

Juan, 64 años de edad

Estado civil: viudo, vive consus 2 hijos

Ocupación: maestro de grado

Estudios: terciario completo

Vivienda: de material con agua corriente y cloacas

Motivo de consulta

Cefalea occipital, depresión del sensorio y vómito en chorro

Enfermedad actual:

Comenzó con cefalea occipital de 12hs de evolución. Camino al hospital agrega depresión del sensorio y vómito en chorro.

Uno de los hijos refiere que 36 horas antes presentó fiebre y dolor abdominal, motivo por el cual consultó a SAMCO donde le realizaron una ecografía abdominal cuyo resultado fue normal

Antecedentes personales

Sin antecedentes de jerarquía.

Examen físico:

El paciente ingresa a UTI estuporoso, afásico mixto, sin foco motor periférico, moviliza los cuatro miembros, con apertura ocular espontánea, localiza estímulos nociceptivos, impresiona con leve desviación de la mirada hacia la izquierda con pupilas isocóricas reactivas.

Se constata rigidez de nuca, signos de Kernig y Brudzinsky positivos

Signos Vitales:PA: 170/90mmHg; FR: 30/min; FC: 70/minuto; Temperatura: 37°C.

Cabeza y cuello: Conjuntivas pálidas, pupilas isocóricas reactivas

Aparato respiratorio, cardiovascular y abdomensin particularidades.

Miembros: Piel caliente con lleno capilar lento. Masas musculares hipotróficas

Se solicita:

Laboratorio. Hemocultivo. Urocultivo.

Hb: 15gr/dl; Hto: 43,8%; glóbulos rojos: 4.780.000/mm^3; glóbulos blancos: 13.700/mm^3 Ns: 95%; urea: 36mg/dl; creatinina: 1,05mg/dl; glicemia: 151mg/dl; Na^+: 129 mEq/L; K^+: 4,5 mEq/L; Cl^-: 96 mEq/L.LDH: 762U/L; TGO: 38U/L; TGP: 23U/L; FAL: 96U/L; bilirrubina total: 0,64mg/dl; bilirrubina directa 0,1mg/dl

Estado ácido-base: pH 7,42; Sat O_2: 95%; pO_2: 67%; pCO_2: 22,8%; HCO_3: 18,4mEq/L; EB: -2,2.

Evolución:

A las pocas horas evoluciona con mayor depresión del sensorio y mala mecánica respiratoria por lo que se procede a realizar intubación endotraqueal y se vincula a AMR modo asistido/controlado por volumen.

Se constata anisocoria con dilatación pupilar derecha para lo cual se indican medidas para disminuir presión intracraneana (cloruro de sodio al 3%)

Se solicita TAC de cráneo y punción lumbar. Se coloca vía central y sonda vesical

Se instaura tratamiento empírico con ampicilina-ceftriaxona y aciclovir, previa dosis de dexametasona.

PVC: 5 cm de H_2O que se expande con cristaloides.

Hipoventilacióngeneralizada, con persistencia de pupilas anisocórocas.

Se indican nuevamente medidas antiedema cerebral con cloruro de sodio hipertónico endovenoso y manitol

Urocultivo: Negativo

Actividades a Desarrollar

1. Búsqueda bibliográfica
2. Consulta a expertos:

   Infectología

   Neurología

   Clínica Médica

   Farmacología

   Microbiología

   Medicina Preventiva

   Anatomía Patológica

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- PALMIERI O:*"Enfermedades Infecciosas"*.1º edición 2001. ed. McGraw-Hill
- GORODNER J:*"Enfermedades infecciosas"*2º edición. 2004.
- MANDELL/BENNETT: *"Enfermedades Infecciosas"*. 6º ed. Panamericana
- BEAUCHAMP Y CHILDRESS:*"Fundamentos de Ética Biomédica"*

Unidad Temática 14
HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Objetivos

- Conocer el concepto de riesgo cardiovascular.
- Saber diagnosticar adecuadamente la hipertensión arterial.
- Conocer las principales causas de hipertensión y sus características clínicas.
- Reconocer en los antecedentes personales y familiares la posibilidad de desarrollar hipertensión.
- Saber indicar adecuadamente los distintos métodos diagnósticos.
- Conocer la importancia de las modificaciones del estilo de vida.
- Conocer los principales grupos de drogas útiles en el tratamiento y los criterios de elección de los mismos, teniendo en cuenta la relación costo/beneficio y riesgo/beneficio.
- Tener claro criterio de derivación al especialista.

Contenidos

Hipertensión arterial como enfermedad de herencia multifactorial. Factores de riesgo. Su vinculación con el síndrome metabólico

Cuadro clínico. Diagnóstico. Laboratorio

Tratamiento. La importancia del cambio de hábito de vida. Nociones de cuidados y recomendaciones en la alimentación

Tratamiento farmacológico de manejo del médico de atención primaria

Principales complicaciones. Criterios de derivación al especialista

Epidemiología de la hipertensión arterial en nuestro país

Contenidos a Recuperar

Biología molecular. Patrones de herencia humana (Crecimiento y desarrollo. Injuria)

Anatomía del corazón (Trabajo y Tiempo libre)

Fisiología del Ciclo Cardíaco (Trabajo y Tiempo libre)

Concepto de presión arterial media, presión sistólica, presión diastólica y presión de pulso (Trabajo y tiempo libre)

Fisiología renal (El ser humano y su medio)

Semiología cardíaca (Laboratorio de habilidades)

Métodos de medición de la presión arterial (Laboratorio de habilidades)

Otros métodos diagnósticos

Relación del status psicosocial con la presión arterial (Trabajo y tiempo libre)

Crisis y ciclo de vida familiar. (Injuria)

Como interviene la dieta, para influir sobre la presión arterial. (Injuria)

Evolución humana: el hombre como cazador recolector (Crecimiento y desarrollo. Nutrición)

Nutrición normal: nutrientes, Índices de masa corporal, etc (Nutrición)

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)

Patrones de herencia (Crecimiento y desarrollo. Injuria)

La influencia de las condiciones sociales y culturales en la alimentación (Nutrición)

El valor del ejercicio físico (Trabajo y tiempo libre)

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

Juan de 38 años. Nació en Rosario y siempre residió en esta ciudad.

Ocupación: trabajador municipal en Parques y Paseos.

Estado civil: casado con Susana hace 16 años.Tres hijos de 16, 13 y 8 años.

Motivo de Consulta

Cefalea y sensación de falta de aire mientras está trabajando

Enfermedad Actual

Desde hace aproximadamente tres meses nota cefalea y sensación de falta de aire con los esfuerzos habituales del trabajo. La cefalea es frontooccipital y con sensación de "latidos" en la cabeza. Todo este cuadro mejora disminuyendo la intensidad del trabajo, sin detenerlo, en alrededor de cinco minutos.

Refiere que nunca antes le había pasado algo similar. Niega angor y palpitaciones.

Relata que está viviendo un problema familiar, debido a una situación con un hijo de 16 años, desde hace 5 meses: el muchacho dejó la escuela "porque no le gusta", prefiriendo trabajar como repartidor en moto. Sale permanentemente con amigos del barrio, está de noche en la calle, se levanta después del mediodía y cuando está en la casa discute mucho con sus hermanos menores. Juan lo ha visto tomando cerveza hasta la madrugada con los amigos yestá preocupado pensando que anda en "algo raro".

Antecedentes personales

Enfermedades de la infancia.

Niega otras patologías.

Hace varios años que no realiza control médico.

Hábitos

Fumador de 20 cigarrillos por día desde los 16 años.

Bebedor de ½ litro de vino por día, habitualmente durante la cena.

En los últimos cuatro meses toma un ansiolítico para poder dormir. Es el mismo que toma su esposa desde hace varios años, pero no recuerda el nombre.

Fuera de su actividad laboral, no realiza otra actividad física.

Su ingesta de alimentos es variada y no se cuida en la cantidad de sal.

Antecedentes familiares

Padre fallecido a los 55 años por ACV, no se conocía hipertenso previo.

Abuelo paterno fallecido, no recuerda a que edad, por Infarto Agudo de Miocardio.

Examen Físico

Paciente lúcido, vigil, orientado en tiempo y espacio.

PA: 160/100 mm. Hg. FC: 90 latidos por minuto. Talla: 172 cm Peso:88 Kg. Perímetro de cintura: 135 cm. Perímetro de cadera: 110 cm

Cuello: Ingurgitación yugular (+) (++) con colapso inspiratorio

Aparato cardiovascular: latido apexiano palpado en 5to espacio intercostal izquierdo, línea hemiclavicular, muscular. Ruidos normofonéticos

Clic protosistólico en foco aórtico. No se auscultan soplos

Aparato Respiratorio: Sibilancias difusas bilaterales

Resto del examen físico: normal

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
   - Clínica Médica
   - Cardiología
   - Nefrología
   - Diagnóstico por imágenes
   - Salud Mental
   - Neumología
   - Neurología
   - Oftalmología
   - Farmacología
   - Nutrición
   - Anatomía Patológica
   - Genética

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna"* 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.

- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- HINRICHSEN L. Y ROZADOS V:*"Introducción a la genética de las enfermedades de herencia compleja"*, 2006. www.clinica-unr.org
- BRAUNWALD:*"Tratado de Cardiología"*.Hipertensión Sistémica: mecanismos y diagnósticos.
- MAUTNER y Col:*"Hipertensión Arterial Cardiología"*.
- Atlas de Enfermedades del Corazón: Hipertensión: Mecanismos y Tratamiento –Braunwald y Col. –2001Epidemiología de la Hipertensión Arterial. Conclusiones del Simposio del MERCOSUR. Congreso de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Mayo 2000 – Revista de la Federación Argentina de Cardiología – Vol. 30 – Nº 1-Marzo 2001.
- López LB, Súarez MM. Fundamentos de Nutrición Normal. Ed. El Ateneo
- www.ash-us.org (Americam Society of Hypertension)
- www.nathypertnsion.org (National Hypertension Association)

Unidad Temática 15
EMERGENCIAS Y URGENCIAS HIPERTENSIVAS

Objetivos

- Conocer las complicaciones agudas de la hipertensión arterial (HTA).
- Conocer la fisiopatología y las características clínicas de las complicaciones neurológicasagudas de la HTA.
- Saber diagnosticar las complicaciones agudas de la HTAen forma rápida y adecuada.
- Saber seleccionaren forma correcta los distintos métodos diagnósticos.
- Conocer las medidas iniciales y el sitio de derivación según complejidad y gravedad de la complicación neurológica de la HTA.

Contenidos

Epidemiología de las complicaciones neurológicas agudas de la HTA en nuestro país.

Criterios de urgencia y emergencia hipertensiva.

Cuadro clínico de la complicación neurológica y otras disfunciones orgánicas agudas de la HTAy metodología diagnóstica racional.

Medidas iniciales,tratamiento no farmacológico y farmacológico.

Criterios de derivación ala 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, presión sistólica, presión diastólica y presión de pulso (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 presión arterial (Trabajo y tiempo libre)

Crisis y ciclo de vida familiar. (Injuria)

Como interviene la dieta, para influir sobre la presión arterial. (Injuria)

Evolución humana: el hombre como cazador recolector (Crecimiento y desarrollo. Nutrición)

Nutrición normal: nutrientes, índices de masa corporal, etc. (Nutrición)

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)

Patrones de herencia (Crecimiento y desarrollo. Injuria)

La influencia de las condiciones sociales y culturales en la alimentación (Nutrición)

El valor del ejercicio físico (Trabajo y tiempo libre)

Conceptos de noxas (Injuria)

Lesiones crónicas producidas por el alcohol (Injuria)

Situación Problema

Sebastián, 29 años

Estudiante universitario

Vive en Rosario

Estado civil: Divorciado

Motivo de consulta: Cefalea

Paciente de 29 años que ingresa por guardia general debido a cuadro de 4 horas de evolución caracterizado por cefalea intensa generalizada y tendencia al sueño. En el transcurso agrega monoplejía braquial izquierda y vómitos alimenticios.

Antecedentes:

Interrogatorio indirecto, viene acompañado por amigos, que desconocen antecedentes, solo refieren que es fumador de 30 cigarrillos/día y que consumió cocaína.

Examen físico

Signos vitales: T°36,7

Presión arterial: 220/130 mmHg FR:16 ciclos/minFC:70 latidos/min

Pulsos regulares y simétricos.

Examen neurológico

Tendencia al sueño

Apertura ocular frente a estímulos verbales

Pupilas isocoricas reactivas

Ejecuta órdenes verbales simples

Sin rigidez de nuca

Examen Respiratorio

Buena entrada bilateral de aire

Sin ruidos agregados

Examen Abdominal

Abdomen blando y depresible.

Ruidos hidroaéreos +

Laboratorio: Hb 14,2 g%; Hto 41,8 %; glóbulos rojos 4.750.000/mm^3; glóbulos blancos 13.200/mm^3. NS 90%, E 1%, B 0%; L 9%. Plaquetas 258.000/mm^3

KPTT 26.8 seg; TP 14.2 seg; RIN 1.28; QUICK 70. Glucemia 121 mg/dl. Uremia 56 mg/dl. Creatinina 1.6 mg/dl. Colesterol total: 260 mg/dl. Triglicéridos 170 mg/dl. C-HDL 34 mg/dl.

ECG: ritmo sinusal, sin signos de sobrecarga ventricular ni isquemia aguda.

TAC de cráneo: Se evidencia hemorragia intraparenquimatosa extensa con contraste, y vuelco ventricular, por lo que ingresa al Hospital.

Actividades a Desarrollar

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Consulta a expertos:
   Clínica Médica
   Neurología.

Farmacología.

Medicina Preventiva.

Kinesiología.

Anatomía Patológica.

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna"* 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- BEAUCHAMP Y CHILDRESS: *"Fundamentos de Ética Biomédica"*

Unidad Temática 16

DIABETES MELLITUS

Objetivos

- Conocer la fisiopatología, formas de presentación, principales complicaciones y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.
- Conocer las principales características de la diabetes gestacional.
- Reconocer en los antecedentes personales y familiares la posibilidad del síndrome metabólico.
- Considerar la influencia del estilo de vida en la fisiopatología de la enfermedad: la alimentación y la actividad física.
- Identificar factores de riesgo: herencia y ambiente.
- Valorar los aspectos psicosociales.
- Tratamiento y recuperación (para el nivel de complejidad del médico de AP).
- Conocer el abordaje del paciente con pie diabético.
- Conocer las causas y poder identificar su origen.
- Establecer las causas de la vasculopatía y neuropatía diabética.
- Etiología, patogenia y manifestaciones clínicas de la neuropatía periférica y neuropatía autónómica. Metodología diagnóstica.
- Analizar el tratamiento de la diabetes con y sin complicaciones.
- Tratamiento básico de estos cuadros en atención primaria.
- Indicaciones de consulta y/o derivación al especialista.
- Comprender la repercusión emocional, laboral, y social del pie diabético
- Conocer cuando el paciente debe ser derivado al especialista.
- Describir estrategias de prevención en el nivel de atención primaria.

Contenidos

Concepto y la clasificación de la diabetes mellitus. Criterios diagnósticos de la diabetes tipo 2

Clasificación de la diabetes.

Metodología diagnóstica: glicemia, insulinemia, lipidograma, hemoglobina glicosilada, fructosamina. Concepto de tolerancia a la glucosa

Presentación clínica de la diabetes tipo 2

Herencia de la diabetes tipo 2: paradigma de enfermedad multifactorial

La obesidad como factor de riesgo. La "dieta occidental" y el sedentarismo

Estudio metabólico. Seguimiento.

Principales complicaciones de la diabetes. Enfermedades infecciosas en los diabéticos

Tratamiento. La importancia del cambio de hábito de vida. Nociones de cuidados y recomendaciones en la alimentación en los distintos tipos de diabetes tipo 2.

Epidemiología de la diabetes tipo 2: factores de riesgo

Diabetes gestacional. Fisiopatologia. Su importancia como antecedente

Diabetes gestacional. Tipos. Medidas preventivas.

Vasculopatía diabetica.

Neuropatía diabética.

Causas desencadentes del pie diabético.

Disfunción sexual

Farmacoterapia de la Diabetes tipo 2.

Utilidad de neurotropicos y vasodilatadores en esta entidad.

Semiología de los miembros inferiores

Exámenes complementarios en circulación periférica.

Prevención de las complicaciones de la Diabetes tipo 2

Tratamiento.

Educación diabetológica: La importancia del cambio de hábito de vida. Nociones de cuidados y recomendaciones

El problema de la adherencia a la dieta

Prescripción del régimen de alimentación: Valor calórico total, hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Contenidos a Recuperar

Biología molecular. Patrones de herencia humana (Crecimiento y desarrollo e Injuria)

Evolución humana (Crecimiento y desarrollo)

Nutrición normal: nutrientes, índices de masa corporal, etc. (Nutrición)

La influencia de las condiciones sociales y culturales en la alimentación (Nutrición)

Metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas (Nutrición, Trabajo y tiempo libre).

El valor del ejercicio físico (Trabajo y tiempo libre)

Fisiopatología de la resistencia a la insulina (Injuria)

Dislipemias. Fisiopatología de las lesiones arteriales de vasos grandes y pequeños (Injuria)

El tabaco como noxa (Injuria)

Situación Problema

Datos de filiación

Rosa, de 42 años

Estado civil: casado, 3 hijos

Domicilio: zona oeste de Rosario

Obra Social: sin cobertura

Ocupación: empleada doméstica

Vivienda: casa de material con agua corriente y cloacas.

Nivel educativo: secundario completo

Motivo de consulta.

Prurito vulvar

Enfermedad actual

Consulta por prurito vulvar y flujo recurrente que mejora con cremas automedicadas que contienen antibióticos, antimicóticos y corticoides, cuyos nombres no recuerda. Refiere además, nocturia, aumento del apetito con peso conservado

Antecedentes

4 embarazos, 1 aborto espontáneo de 24 semanas. Peso al nacer de sus hijos: 3,300, 4,400 y 4,500 Kg.

En el último embarazo presentó preeclampsia.

Colecistectomía a los 35 años.

Hábitos

Come dulces y fritos en forma habitual

No realiza actividad física en forma habitual, fuera de actividad laboral

Fumadora de 15 cigarrillos diarios desde los 20 años de edad.

Antecedentes familiares

Padre fallecido, a los 52 años, muerte súbita.

Madre viva, 58 años de edad, diabética e hipertensa.

Examen físico

Buen estado general.

Peso: 85 Kg. Talla: 155 cm IMC 35,38 Kg/m^2

Circunferencia de la cintura: 125 cm; circunferencia de la cadera: 130 cm

Presión arterial: 145/100 mm Hg. Pulso: 72 lxm.

Cabeza y cuello: Acantosis nigricans sobre la nuca y sobre la región inguino-femoral.

Abdomen: globuloso, hígado 2 cm debajo del reborde costal.

Miembros inferiores: varices.

Micosis interdigital

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos
   Clínica Médica
   Endocrinología
   Cardiología
   Infectologia
   Medicina y Sociedad
   Oftalmología
   Nutrición
   Genética
   Medicina Preventiva (Epidemiología)
   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.
- 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*". 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. Polemos 2006, Buenos Aires
- HINRICHSEN L. Y ROZADOS V: " *Introducción a la genética de las enfermedades de herencia compleja"*, 2006. www.clinica-unr.org
- LÓPEZ LA, SUÁREZ MM: *"Fundamentos de Nutrición Norma"l*. Ed. El Ateneo
- Cordain L, Boyd Eaton S, Sebastian A, Mann N, Lindeberg S, Watkins BA, O'Keefe JH, Brand-Miller J. Origins and evolution of the Western diet: health implications for the 21st century. Am J Clin Nutrition 81: 341- 354, 2005. Disponible en : http://www.ajcn.org/cgi/content/full/81/2/341
- ALTAMIRANO LM. *"Epidemiología de la diabetes"*. Rev Fac Med UNAM 44: 35-37, 2001. Disponible en: http://www.ejournal.unam.mx/revfacmed/no44-1/RFM44109.pdf
- Report of the Expert Committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2002; 25: S5-S20

Unidad Temática 17

COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES MELLITUS

Objetivos

- Reconocer las complicaciones agudas en la diabetes mellitus como emergencias médicas.
- Conocer las causas y poder identificar el origen de las descompensaciones metabólicas hiperglicémicas graves: Cetoacidosis y síndrome hiperosmolar no cetoacidótico.
- Conocer las causas y poder identificar el origen de la hipoglicemia.

Contenidos

Definición de cetoacidosis diabética.

Conocer los mecanismos fisiopatológicos desencadenantes de la cetoacidosis diabética.

Reconocer las principales causas desencadenantes de la cetoacidosis diabética.

Reconocer los principales síntomas y signos de la cetoacidosis diabética.

Reconocer las alteraciones bioquímicas de la cetoacidosis diabética.

Definición de síndrome hiperglicemico hiperosmolar no cetoacidótico.

Conocer los mecanismos fisiopatológicos desencadenantes del síndrome hiperglicemico hiperosmolar no cetoacidótico

Reconocer las principales causas desencadenantes del síndrome hiperglicemico hiperosmolar no cetoacidótico

Reconocer los principales síntomas y signos del síndrome hiperglicémico hiperosmolar no cetoacidótico

Reconocer las alteraciones bioquímicas del síndrome hiperglicemico hiperosmolar no cetoacidótico

Definición del coma hipoglicémio.

Conocer los mecanismos fisiopatológicos desencadenantes del coma hipoglicémio.

Reconocer las principales causas desencadenantes del coma hipoglicémio.

Reconocer los principales síntomas y signos del coma hipoglicémico.

Reconocer las alteraciones bioquímicas del coma hipoglicémico.

Conocer los fundamentos terapéuticos de las emergencias diabetológicas.

Contenidos a Recuperar

Sistema Circulatorio Periférico (Crecimiento y Desarrollo)

Sistema Nervioso Periférico. (Crecimiento y Desarrollo)

Nutrición normal: nutrientes, índices de masa corporal, etc (Nutrición)

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)

La influencia de las condiciones sociales y culturales en la alimentación (Nutrición)

Metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas (Nutrición, Trabajo y tiempo libre).

El valor del ejercicio físico (Trabajo y tiempo libre)

Fisiopatología de la resistencia a la insulina (Injuria)

Anatomía y Fisiología del sistema nervioso autónomo y periférico (miembros inferiores) (Crecimiento y desarrollo)

Dislipemias (Injuria)

Fisiopatología de las lesiones arteriales de vasos grandes y pequeños (Injuria)

Semiología de miembros inferiores. (Injuria, Defensa)

Situación Problema

Datos personales

Julio 63 años
Domicilio: Pérez
Vivienda: de material con todos los servicios

Estado civil: casado, 3 hijos
Ocupación: Taxista
Nivel Educativo: secundario incompleto

Motivo de consulta

Sudoración y alteración del sensorio

Enfermedad actual

Paciente traído a la guardia por familiar que lo encontró en su domicilio con alteración del sensorio y sudoración profusa, refiriendo además que es diabético. En la Guardia se realiza hemoglucotest constatándose glicemia de 45 mg/dl. El cuadro revierte con la administración de solución glucosada al 50% E.V. El paciente cuenta que no es la primera vez que le sucede este episodio, presentando además desde hace unos meses visión borrosa, mareos al levantarse, distensión abdominal y constipación alternando con diarrea.

Antecedentes

Diabetes Tipo II desde hace 16 años (metformina 500mg/día, glibenclamida 10 mg/día)
Hipertensión arterial desde hace 10 años (enalapril 20 mg/día)

Dislipidemia sin tratamiento actual

Antecedentes familiares

Padre fallecido a los 50 años por cardiopatía isquémica

Madre diabética

Hijos sanos

Hábitos

Fumador 20 cigarrillos/día desde los 15 años

Examen Físico

Afebril, TA 150/90 mm Hg, FC 100', Peso: 112 kg, Talla 1,75m, IMC 36,6 kg/m^2

Aparato respiratorio: murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados.

Abdomen blando: depresible, indoloro.

Cardiovascular: ritmo regular, ruidos netos, silencios libres.

Miembros inferiores: disminución del vello, hipoestesia e hipoalgesia en piernas, pulsos periféricos débiles. Hiperqueratosis plantar.

Laboratorio: Hto: 40%, Leucocitos. 10000 mm^3, glicemia 45 mg/dl, urea 40 mg/dl, creatinina 0,9 mg/dl, Na^+ 132 mEq/L, K^+ 4,1 mEq/L, Orina: proteína vestigios.

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
   Clínica Médica
   Endocrinología
   Neurología
   Nutrición
   Farmacología
   Laboratorio
   Anatomía Patológica
   Cirugía vascular
   Dermatología
   Epidemiología
   Salud Mental
3. Elaborar una guía informativa dirigida a la comunidad considerando cuáles pueden ser todas las complicaciones que puede traernos la diabetes y sugerir medidas preventivas para evitarlas.

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*". 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. Polemos 2006, Buenos Aires
- LÓPEZ LB, SUÁREZ MM: *"Fundamentos de Nutrición Normal"*. Ed. El Ateneo
- ELIZALDE LOZANO AM: Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicérico en pacientes diabéticos. Tesis para obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar. Facultad de Medicina, Universidad de Colima. México, pp 35. Febrero de 2005. Disponible en: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Donaciano_Alvarez_Meraz.

Unidad Temática18

DISLIPEMIAS – SÍNDROME METABÓLICO

Objetivos

- Saber reconocer las formas de presentación de las dislipemias.
- Indicar los exámenes complementarios para su diagnóstico.
- Saber indicar los tratamientos al alcance del médico de atención primaria.
- Evaluar adecuadamente los criterios de derivación al especialista.
- Reconocer el Síndrome Metabólico.
- Identificar factores de riesgo: herencia y ambiente
- Considerar la influencia del estilo de vida en la fisiopatología de la enfermedad
- Proponer cambios en el estilo de vida teniendo en cuenta la adecuación al medio social del paciente.

Contenidos

Síndrome Metabólico. Definición. Criterios diagnósticos. Factores de riesgo asociados. Fisiopatología. Su vinculación con la diabetes y la resistencia a la insulina.

Dislipemias. Clasificación. Fisiopatología

Estudio metabólico. Seguimiento del paciente.

La "dieta occidental" y el sedentarismo

Cuidado nutricional de las dislipidemias. Recomendaciones prácticas del plan de alimentación

Tratamiento no farmacológico y seguimiento del paciente.

Recomendaciones y cuidados.

Importancia del cambio de hábitos de vida. Influencia del estado psicosocial y laboral con los hábitos dietéticos y la actividad física.

Tratamiento farmacológico de las dislipemias y del síndrome metabólico.

Epidemiología del síndrome metabólico y prevalencia de los factores de riesgo asociados

Contenidos a recuperar

Conceptos de herencia multifactorial (Crecimiento y Desarrollo).

Nutrición normal (Nutrición)

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. Clasificación de lo grasas: saturados, monoinsaturadas, poliinsaturadas, colesterol. (Nutrición)

Metabolismo Intermedio. (Hidratos de carbono, lípidos, proteínas). (Trabajo y tiempo Libre, Nutrición))

El valor del ejercicio físico (Trabajo y tiempo libre)

Fisiopatología de la resistencia a la insulina (Injuria)

Dislipemias. Fisiopatología de las lesiones arteriales de vasos grandes y pequeños (Injuria)

Situación Problema

Datos de filiación

Marta, de 35 años de edad

Estado civil: casada. 1 hija de 10 años de edad

Domicilio: Rosario

Obra Social: Empleados de comercio

Ocupación: cajera en un supermercado

Vivienda: casa de material con agua corriente y cloacas.

Nivel educativo: secundario completo

Motivo de consulta

Esterilidad secundaria. En examen de laboratorio se observan alteraciones que la traen a la consulta.

Enfermedad actual

Desde hace aproximadamente 2 años busca su segundo embarazo y al no lograrlo, consulta con su ginecólogo, que en exámenes de laboratorio, observa alteraciones en el colesterol y triglicéridos por lo que aconseja consulta clínica. Refiere aumento progresivo de peso desde su embarazo anterior, de alrededor de 20 Kg., con irregularidades menstruales. Durante 5 años tomó anticonceptivos orales, que luego interrumpió. Ha intentado algunos tratamientos dietéticos, pero refiere mucha "ansiedad" que la impulsa a comer. Ingiere azúcar y dulces ocasionalmente. Come muy pocas verduras o frutas. En su trabajo, bebe habitualmente un litro diario de gaseosas.

Antecedentes personales

Ex fumadora de 15 cigarrillos diarios desde los 19 años, suspendió durante su primer embarazo, a los 25 años, hasta la actualidad.

Bebe ½ litro de vino los fines de semana (1 litro entre sábado y domingo) y en las fiestas.

Colecistecomía por litiasis biliar a los 29 años.

Desde los 19 a los 25 años trabajó en empresa textil. Luego de su embarazo fue cesanteada y a los 29 años comienza a trabajar en supermercados.

No practica ninguna actividad física en forma regular fuera de sus tareas

Antecedentes familiares

Padre: vivo, hipertenso, coronario, obeso.

Madre: hipertensa, obesa.

Hija de 10 años, con discreto sobrepeso.

Esposo: dislipémico, obeso, chofer de colectivos.

Examen físico

Paciente lúcida, orientada en tiempo y espacio, mantiene atentamente la conversación y responde adecuadamente a las preguntas.

Presión arterial: 150/95 mmHg. Frecuencia cardíaca 96 latidos/minuto.

Talla: 158 cm. Peso 80 Kg. IMC 32,05 Kg/m^2

Perímetro de cintura: 109 cm.

Aumento discreto del vello corporal: antebrazos, piernas, línea blanca. Cicatrices de acné facial.

Acantosis nigricans sobre región de la nuca.

Laboratorio

Datos relevantes que trae a la consulta. Hematocrito 49%. Colesterol: 230 mg/dl, Triglicéridos: 384 mg/dl, Uricemia: 8 mg/dl. HDL-colesterol: 35 mg/dl. TGO: 30 mU/ml. TGP: 28 mU/ml, γGT: 90 mU/ml. Glicemia: 115 mg/dl.

Actividades

1. Búsqueda Bibliográfica
2. Consulta con expertos:
   - Clínica Médica
   - Cardiología
   - Endocrinología
   - Nutrición
   - Salud mental
   - Anatomía patológica
   - Medicina y Sociedad.
   - Farmacología.
   - Medicina Preventiva (Epidemiología)

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna"* 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- LÓPEZ LB, SÚAREZ MM. Fundamentos de Nutrición Normal. Ed. El Ateneo
- GONZÁLEZ SARMIENTO E, PASCUAL CALLEJAI, LACLAUSTRA GIMENO M, CASASNOVAS LENGUAS JA: *"Síndrome metabólico y diabetes mellitas"*. Rev EspCardiol (on line) 5: 30 – 37, 2006. En:http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?pident=13083446

Unidad Temática 19

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. SINDROME METABOLICO

Objetivos

- Conocer la fisiopatología, formas de presentación, principales definiciones e implicancias del síndrome metábolico.
- Desarrollar un enfoque integrador de los factores de riesgo cardiovascular. Evaluación del riesgo cardiovascular global.
- Conocer los métodos de detección de lesión subclínica de órganos blancos. Breve referencia de métodos, utilidad y aplicabilidad. Marcadores serológicos (PCR ultrasensible), marcadores estructurales (score de calcio coronario, espesor mio-intimal, índice tobillo-brazo, rigidez arterial por velocidad de onda de pulso), marcadores funcionales (disfunción endotelial)
- Establecer metas de tratamiento de los principales factores de riesgo según las características e individualizado al paciente.
- Considerar la influencia del estilo de vida en la fisiopatología de la enfermedad: la alimentación y la actividad física.
- Considerar el impacto de los cambios en el estilo de vida como parte fundamental de cualquier tratamiento.
- Elección racional de fármacos antihipertensivos, hipolipemiantes, hipoglucemiantes, sus interacciones y selección según características del paciente.
- Conocer estrategias de prevención en el nivel de atención primaria
- Indicaciones de consulta y/o derivación al especialista.

Contenidos

Factores de riesgo cardiovascular. Impacto de cada uno por separado y de sus asociaciones.

Evaluación y estratificación del riesgo CV global.

Puntos de corte y definiciones de los principales factores de riesgo.

Síndrome metabólico, base fisiopatogénica, controversias, definiciones, modelo de asociación de factores de riesgo.

Definiciones y puntos de corte de los factores de riesgo CV.

Aspectos psicosociales en el riesgo cardiovascular.

Evaluación de lesión subclínica de órganos blancos. Nuevos métodos de detección de lesión vascular, descripción de los métodos, sus implicancias y aplicabilidad. Marcadores serológicos (PCR ultrasensible), marcadores estructurales (score de calcio coronario, espesor mio-intimal, índice tobillo-brazo, rigidez arterial por velocidad de onda de pulso), marcadores funcionales (disfunción endotelial).

Metas y objetivos de tratamientos y la importancia del control global y no aislado de los FRCV.

Impacto del estilo de vida y sus modificaciones en el riesgo CV.

Opciones y elecciones de tratamiento basado en las características del paciente.

Medidas preventivas en atención primaria.

Estrategias de adhesión al tratamiento.

Contenidos a Recuperar

Biología molecular. Patrones de herencia humana (Crecimiento y desarrollo e Injuria)
Evolución humana (Crecimiento y desarrollo)

Nutrición normal: nutrientes, índices de masa corporal, etc. (Nutrición)
La influencia de las condiciones sociales y culturales en la alimentación (Nutrición)
El valor del ejercicio físico (Trabajo y tiempo libre)
Fisiopatología de la resistencia a la insulina (Injuria)
Dislipemias. Fisiopatología de las lesiones arteriales de vasos grandes y pequeños (Injuria)
El tabaco como noxa (Injuria)

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos de filiación

Federico, de 51 años

Estado civil: casado, 3 hijos

Domicilio: zona centro de Rosario

Obra Social: prepaga

Ocupación: gerente de empresa con 40 empleados.

Vivienda: casa de material con agua corriente y cloacas.

Nivel educativo: universitario completo

Motivo de consulta.

Control de salud

Enfermedad actual

Refiere consultar por insistencia de su señora, ya que nunca realiza controles de salud, y en el club donde acude, un amigo suyo de igual edad presentó una muerte súbita mientras jugaba al fútbol. "Mi señora está preocupada por si a mí me puede suceder lo mismo, y si tengo riesgo de tener un infarto"

Refiere un alto grado de estrés, especialmente laboral.

Antecedentes

Ex fumador (abandonó hace 5 años; consumo previo 20 paquetes/año)

Sin antecedentes de eventos vasculares.

Hábitos

Realiza actividad física (tenis dos veces por semana)

Medicaciones:

No consume fármacos. Sólo paracetamol esporádicamente

Antecedentes familiares

- Sin antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular temprana
- Padre: HTA, madre: DBT2-obesidad y un hermano con dislipidemia

Examen físico

Buen estado general.

PA: 138/88 mmHg FC 80 x´ IMC: 29,5 kg/m^2

No presenta acantosis nigricans.

Perímetro de cintura 104 cm

Se solicitaron inicialmente los siguientes estudios:

Laboratorio

Hematocrito	47 %	ASAT	58 U/l
Hemoglobina	13,8 g/dl	ALAT	85 U/l
Leucocitos	5.800/mm^3	FA	220 mg/dl
Glicemia	104 mg/dl	G-GT	70 U/l
Creatininemia	1,2 mg/dl	PSA	1,1 U/l

Orina: proteinuria negativo, con sedimento normal.

Colesterol Total	218 mg/dl	Col HDL	32 mg/dl
Col LDL	128 mg/dl	Triglicéridos	290 mg/dl
Ácido úrico	7,1 mg/dl	TSH	3,8 mUI/ml
Natremia	143 mEq/lt	Potasemia	4,2 mEq/lt

Electrocardiograma: ritmo sinusal, frecuencia cardiaca 78x' sin trastornos de conducción ni signos de sobrecarga

Ecocardiograma bidimensional: índice de masa del ventrículo izquierdo (IMVI) 100 g/m2, fracción de eyección 65%, cavidades, contractilidad, válvulas y pericardio sin alteraciones.

Ecografía Abdominal: hígado con aumento difuso de la ecogenicidad; con forma y tamaño conservados, sin signos de hepatopatía crónica. Resto sin particularidades.

Detección de microalbuminuria: negativa

Hb A1C: 6,2 %

Prueba oral de tolerancia a la glucosa (POTG) con 75 g de glucosa anhidra:

Glicemia hora cero: 108 mg/dl

Glicemia a las dos horas: 138 mg/dl

En base a los datos de la historia clínica y los exámenes complementarios iniciales, dónde nos situamos con el paciente en cuanto a su presión arterial (ver clasificaciones de HTA), y en cuanto a su estado metabólico (metabolismo de la glucosa y lípidos).

¿Cómo estratificaría su riesgo CV global? ¿Qué herramientas tiene disponible para estratificar riesgo? ¿Utilidad y limitaciones de scores clínicos?

¿Qué indicaciones iniciales le daría?

Base teórica:

¿Qué significado tiene la prehipertensión?

Definiciones de síndrome metabólico. Utilidad práctica, controversias. Modos de presentación.

Categorías de prediabetes y su significado.

Significado de la obesidad central.

¿La ausencia de acantosis nigricans descarta el diagnóstico de síndrome metabólico?

Interpretación de los hallazgos de laboratorio e imágenes hepáticas.

Significado de la hiperuricemia y del perfil lipídico.

Impacto del sedentarismo, obesidad, estilo de vida y factores psicosociales y emocionales en el riesgo, y las implicancias de sus modificaciones como medidas preventivas del desarrollo de diabetes y del riesgo CV.

Continuación caso clínico:

Se le indica dieta hiposódica, descenso de peso y mayor frecuencia de ejercicio aeróbico. Fenofibrato 200 mg/día. Control de presión arterial en farmacia. Se cita a consulta en tres meses.

No acudió a controles durante el resto del año.

Al retomar a la consulta refiere cumplimiento irregular de dieta y ejercicio. Leve mejoría de peso. Abandonó la medicación.

Controles esporádicos de PA irregulares, algunos registros de 150/95 mmHg ("pero sólo cuando tenía problemas en la empresa y estaba nervioso, sino le daba bien")

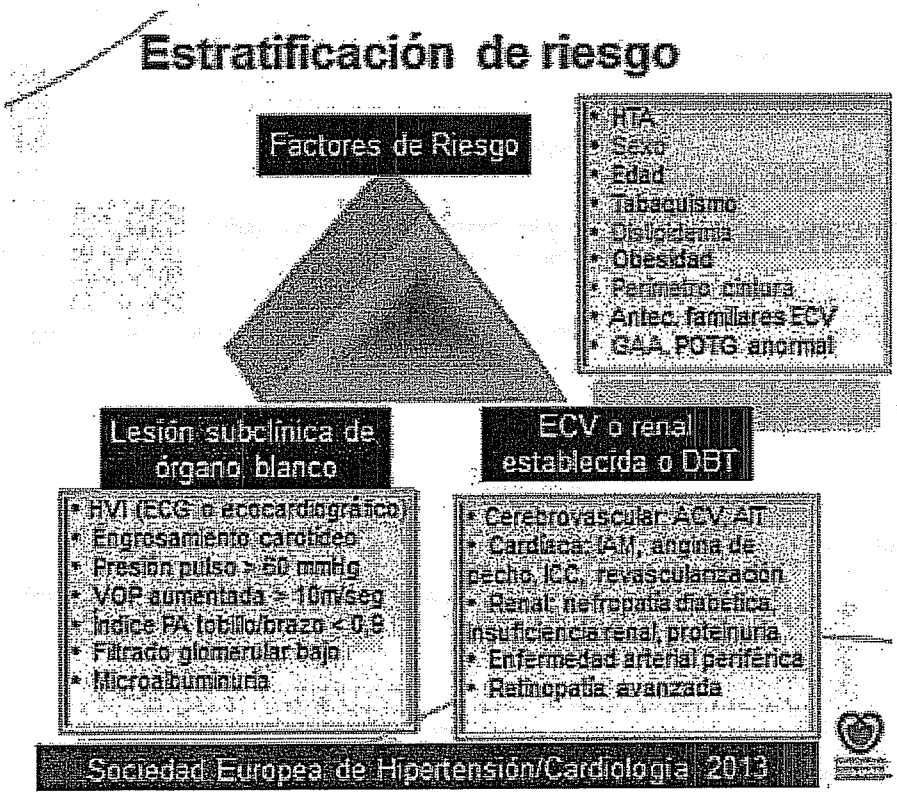
PA consultorio: 135/90 mmHg

Laboratorio actual:

Colesterol Total	230 mg/dl
Col HDL	35 mg/dl
Triglicéridos	190 mg/dl
Col LDL	157 mg/dl
Glicemia	125 mg/dl
HbA1c	6.8%
Uricemia	6,3 mg/dl

¿Cómo confirmaría el diagnóstico de hipertensión arterial?

Rol de la presurometría de 24 horas (MAPA) y el automonitoreo domiciliario de presión arterial (AMPA). Indicaciones, utilidad, comparación entre los métodos.



Metas de tratamiento. Controversias.

- De presión arterial

  Metas según riesgo individualizado y edad del paciente

  • Guías de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial SAHA, disponible online desde www.clinica-unr.com.ar ,

- Guías 2013 de la Sociedad Europea de Hipertensión disponible on line www.eshonline.org
- Guías NICE 2011 de Reino Unido (National Institute for Health and Clinical Excellence), disponible on line
- 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8), disponible on line: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497

- De perfil lipídico.

  Disminuir cifras versus disminuir riesgo.

  Paradigma de tratamiento según valores de colesterol LDL versus identificación de grupos de beneficios en reducción de riesgo CV con terapia con estatinas:

  1. Enfermedad cardiovascular establecida (prevención secundaria).
  2. Elevaciones primarias de colesterol LDL >190 mg/dL.
  3. Diabetes de 40 a 75 años con colesterol LDL de 70 a 189 mg/dL y sin enfermedad cardiovascular clínica establecida.
  4. Individuos sin enfermedad CV establecida ni diabetes con colesterol LDL de 70 a 189 mg/dL y un riesgo a 10 años de enfermedad CV > 7.5%.

  - Guías 2013 del Colegio Americano de Cardiólogos y la Asociación Americana del Corazón (Stone NJ, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults) disponible on line

- De control metabólico

  Glicemia ayuno, hemoglobina glicosilada, glicemia postprandial)

  - "Standards of Medical Care in Diabetes 2014. American Diabetes Asssociation. Diabetes Care volumen 37, suplemento1, Febrero 2014.
  - Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2012;35:1364-1379.
  - Guías 2013 de la American Association of Clinical Endocrinologists, ENDOCRINE PRACTICE Vol 19 (Suppl 2) May/June 2013 disponibles on line

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos

   Clínica Médica

   Endocrinología

   Cardiología

   Medicina y Sociedad

   Nutrición

   Genética

   Medicina Preventiva (Epidemiología)

   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.
• 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
• "The Washington Manual of Medical Therapeutics" 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
• SUÁREZ RICHARDS M: "Introducción a la Psiquiatría". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
• HINRICHSEN L. Y ROZADOS V: " Introducción a la genética de las enfermedades de herencia compleja", 2006. www.clinica-unr.org
• Report of the Expert Committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2002; 25: S5-S20
• Nannini D. Hipertensión arterial ¿y la arteria?. Artículos Especiales. Clinica-UNR. Disponible on line:
http://www.clinica-unr.com.ar/Especiales/57/Especiales_57_Pag_1.htm

Unidad Temática 20
INSUFICIENCIA CARDÍACA

Objetivos

- Conocer la fisiopatología de la insuficiencia cardíaca
- Conocer la prevalencia de la insuficiencia cardíaca
- Conocer las principales causas de la insuficiencia cardíaca
- Conocer los principales síntomas y signos de la insuficiencia cardíaca para establecer el diagnóstico clínico apropiado
- Conocer diferentes clasificaciones de los estadios en la evaluación de insuficiencia cardíaca
- Conocer y valorar la utilidad de diferentes exámenes diagnósticos complementarios
- Establecer y tratar diferentes entidades nosológicas que pueden agravar el desarrollo de la insuficiencia cardíaca
- Conocer y establecer pautas terapéuticas de eficacia probada para lograr el mejoramiento de los síntomas, mejorar la supervivencia y prevenir el deterioro funcional.

Contenidos

Activación neurohormonal y cardiopatías

Correlación entre los síntomas y su fisiopatología

Diagnóstico del síndrome clínico

Falla sistólica y diastólica

Progresión de la enfermedad y factores descompensadores.

Indicadores pronósticos: parámetros clínicos, electrocardiograma, radiografía de tórax, laboratorio, marcadores plasmáticos de activación neurohormonal.

Morfología y función ventricular.

Evaluación de la capacidad funcional.

Tratamiento:Recomendaciones generales (modificaciones del estilo de vida, dieta, vacunaciónantineumocóccica y antigripal, adherencia al tratamiento).

Tratamiento farmacológico: diuréticos; inotrópicos; fármacos vasodilatadores; betabloqueantes.

Fármacos que interfieren la activación del sistema renina-angiotensina.

Ejercicio. Entrenamiento de los músculos esqueléticos y del sistema cardiovascular.

Contenidos a Recuperar

Fases del ciclo cardíaco
Determinantes del volumen sistólico, precarga, postcarga y contractilidad miocárdica.
Factores que regulan el consumo miocárdico de oxígeno
Ruidos cardíacos

Historia Clínica

Datos personales

Armando de 30 años.Nació y vivió siempre en Rosario.

Ocupación: empleado administrativo.

Estado civil: soltero

Motivo de Consulta

Falta de aire acompañada de palpitaciones

Enfermedad Actual

Relata que desde hace varios años (4-5) disnea de esfuerzo, que ha sido paulatinamente progresiva. Al comienzo era a esfuerzos desacostumbrados, como levantar cosas pesadas, y en los últimos 3-4 meses nota disnea a esfuerzos habituales, como caminar apurado en la oficina, esto lo obliga a detenerse con mejoría del síntoma. Dicha sensación de falta de aire se acompaña de palpitaciones de frecuencia rápida, siempre junto con la disnea,que calman cuando ella cede. En la última semana tuvo un episodio de falta de aire mientras dormía, que lo despertó y obligó a sentarse en la cama. Por todo lo relatado anteriormente viene a la consulta. Niega edemas y dolor torácico.

Hábitos

Fumador de 10 cigarrillos por día hasta hace 5 años.

Bebedor de dos vasos de vino por día

Toma un hipnótico cuyo nombre no recuerda, recetado por un médico, desde hace varios años. Actualmente no lo puede dejar porque si no lo toma, no descansa. Fue indicado en una época en que tenía un grave problema laboral.

No se cuida en la ingesta de alimentos ni en la de sal.

Antecedentes personales

A los 12 años tuvo un cuadro de fiebre alta por el que estuvo internado en terapia Intensiva. Recuerda que se sintió "muy agitado" y que la internación duró más de veinte días. Al ser dado de alta, con medicación, le dijeron a los padres que tenía que ser controlado de por vida. Dicho control se cumplió hasta los 17 años y como el paciente se encontraba bien, decidió no concurrir más a la consulta y abandonó la medicación.

Antecedentes familiares

Niega antecedentes familiares de enfermedad coronaria, diabetes e hipertensión arterial.

Examen Físico

Paciente lúcido, afebril, orientado en tiempo y espacio.

PA: 100/70 mm Hg. FC: 100 latidos x minuto

Talla: 175 cmPeso: 88 Kg. IMC: 28.73 Kg/m^2

Cuello: Ingurgitación yugular (++) que no colapsa con la inspiración.

Aparato Cardiovascular: latido apexiano en 5º espacio intercostal izquierdo por fuera de la línea hemiclavicular.

Ruidos hipofonéticos R3 auscultado en área mitral. No se auscultan soplos.

Aparato respiratorio: estertores crepitantes bibasales

Abdomen: Hígado se palpa a 2 cm del reborde costal derecho, no doloroso

Miembros Inferiores: edemas bimaleolares con Godet (+)

Resto del examen físico s/p

Actividades

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

Diagnóstico por imágenes
Salud Mental
Neumonología
Nutrición
Farmacología
Anatomía Patológica

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna"* 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- BRAUNWALD: Tratado de Cardiología. 7ª Ed. Elsevier Es 2006.
- LÓPEZ LB, SÚAREZ MM. Fundamentos de Nutrición Normal. Ed. El Ateneo

Unidad Temática 21

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Objetivos

- Conocer la semiología de los distintos tipos de dolor torácico
- Conocer las diferentes patologías que cursan con dolor torácico
- Conocer los algoritmos diagnósticos en patologías con dolor torácico
- Realizar diagnósticos diferenciales del dolor de origen isquémico
- Identificar los factores de riesgo: herencia y ambiente
- Valorar la importancia de las modificaciones del estilo de vida: la alimentación y la actividad física.
- Reconocer la importancia de los factores afectivos y sociales
- Conocer los principales grupos de drogas útiles en el tratamiento y los criterios de elección de los mismos, teniendo en cuenta la relación costo/beneficio y riesgo/beneficio.
- Tener claro criterio de derivación al especialista.

Contenidos

Cardiopatía isquémica: semiología, formas clínicas, diagnóstico y farmacoterapéutica

Epidemiología regional de la cardipopatía isquémica. Prevención primaria.

Algoritmos diagnósticos en patologías con dolor torácico

Factores de riesgo: hereditarios y ambientales

Relación costo beneficio de la tecnología medica diagnóstica y farmacotarapéutica

La importancia del cambio de hábito de vida. Nociones de cuidados y recomendaciones en la alimentación

Contenidos a Recuperar

Anatomía y fisiología de la circulación coronaria (Trabajo y tiempo libre)

Fuentes de energía y metabolismo del músculo cardíaco (Trabajo y tiempo libre)

Cálculo del trabajo cardíaco (Trabajo y tiempo libre)

Diferencias en los valores de trabajo desarrollado en condiciones de sobrecarga de presión y sobrecarga de volumen. (Trabajo y tiempo libre)

Semiología cardíaca (Laboratorio de habilidades)

Métodos de medición de la presión arterial (Laboratorio de habilidades)

Dislipemias (Injuria)

Relación del status psicosocial con la presión arterial (Trabajo y tiempo libre)

Crisis y ciclo de vida familiar. (Injuria)

Fisiopatología de las lesiones arteriales de vasos grandes y pequeños (Injuria)

El tabaco como noxa (Injuria)

La influencia de las condiciones sociales y culturales en la alimentación (Nutrición)

El valor del ejercicio físico (Trabajo y tiempo libre)

Necesidades energéticas, proteicas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales, para adolescente, adulto joven y adulto mayor. (Nutrición)

Consumo de sodio en las sociedades actuales: concepto de desadaptación genético ambiental (Nutrición)

Clasificación de los alimentos -Valor de los alimentos. Clasificación de lo grasas: saturados, monoinsaturadas, poliinsaturadas, colesterol. (Nutrición)

Situación Problema

Datos Personales

Osvaldo de 65 años

Ocupación: Gerente de una empresa

Estado civil: Casado. 2 hijos adolescentes

Motivo de Consulta

Dolor torácico

Enfermedad Actual

Refiere que al despertar comienza con dolor torácico,opresivo, con sensación de muerte inminente, intensidad 9/10, de 30 minutos de duración, sin irradiación, se acompaña de mareos y sudoración. Es traído a la guardia del hospital.

Anamnesis por aparato

Cardiovascular:Hipertensión arterial de 10 años de evolución, medicado con valsartan/hidroclorotiazida 160/25 mm Hg, dieta hiposódica de manera irregular y no se controla habitualmente la presión arterial.

Dislipidemia de 5 años de evolución, toma simvastatin 10 mg día

Respiratorio: Tos y expectoración mucosa habitual desde hace muchos años, según el paciente relacionado con el tabaquismo.

Digestivo: Acidez en región epigástrica relacionada fundamentalmente con la ingesta de comidas copiosas para lo cual se automedica con antiácidos.

Antecedentes personales

Enfermedades comunes de la infancia

Apendicectomía a los 22 años de edad

Hipertensión arterial

Diabetes: desconoce

Hábitos

Tabaquismo: 40 cigarrillos por día desde hace 40 años

Sedentario

Dieta hipercalórica

Antecedentes familiares

Padre hipertenso fallecido a los 69 años por un accidente cerebrovascular

Madre viva, hipertensa

1 hermano diabético

Examen Físico

Sudoroso, PA: 170/95mmHg. FC: 88 latidos/minuto FR: 18 ciclos/minuto. Temperatura 36º5 C. Peso: 92Kg. Altura: 173 cm; perímetro de cintura: 145 cm; perímetro de cadera: 115 cm

Pulsos carotideos simétricos sin soplos, ingurgitación yugular 2/6 con colapso inspiratorio

Ruidos netos, R2 aumentado de intensidad en foco aórtico.Silencios libres.

Murmullo vesicular conservado. Ligera hipoventilación en ambas bases. No se auscultan ruidos agregados. Pulsos periféricos, conservados y simétricos.

Resto sin particularidades.

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.

   Clínica Médica

   Cardiología

   Diagnóstico por imágenes

   Salud Mental

   Neumonología

   Nutrición

   Farmacología

   Anatomía Patológica

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna"* 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- LÓPEZ LB, SÚAREZ MM:*"Fundamentos de Nutrición Norma"*l. Ed. El Ateneo
- Atlas de Enfermedades del Corazón: Hipertensión: Mecanismos y Tratamiento. Braunwald y Col.
- BRANWALD: *"Tratado de Cardiología "*.

Unidad Temática 22
ARRITMIAS CARDÍACAS

Introducción

Las palpitaciones son un motivo de consulta frecuente en el consultorio de Atención Primaria de la Salud (APS). Diferentes estudios mostraron que un 44% son de causa cardíaca, un 31% de causa psiquiátrica y un 10% otras causas. Entre las primeras se destacan:miocardiopatìasenfermedades valvulares ypericarditis; entre las segundas: trastorno de pánico y desorden de ansiedad generalizada. Entre otras causas, tener en cuenta loshábitos del paciente como cafeína, nicotina, alcohol y las drogas ilícitas comola cocaína. Los medicamentoscomo los simpaticomiméticos y drogas anticolinérgicas, entre otros. Algunos desórdenes metabólicos como: hipoglicemia,hipertiroidismo,desequilibrios hidroelectrolìticos, o estados con alto gasto cardíaco como anemia,embarazo,enfermedad de Pager y fiebre. También se debe tener presente en todo paciente que consulta por palpitaciones situaciones con exceso de catecolaminas como el estrés y el ejercicio.

El diagnóstico de la etiología de las palpitaciones se realiza a través de una completa historia clínica, con la descripción de las características de las palpitaciones y síntomas acompañantes, etc. Elexamen físico completo, ECG de 12 derivaciones, y un laboratorio completo donde se debe prestar especial atención al hemograma, ionograma y hormonas tiroideas. Sólo en algunos casos particulares (síncope, dificultad respiratoria, pacientes con riesgo de ACV, enfermedades miocárdicas, historia familiar de muerte súbita cardíaca entre otras) se requieren otros métodos complementarios como ecocardigrama, electrocardiograma ambulatorio o registro de Holter, estudios electrofisiológicos, etc. En todos los casos es importante tranquilizar al paciente y emprender los estudios necesarios para realizar diagnóstico y tratamiento adecuado.

Objetivos Conceptuales

- Saber realizar un interrogatorio y examen físico adecuadospara acercarse a la etiología de las palpitaciones.
- Reconocer cuáles son las causas más frecuentes de palpitaciones y tipos de arritmia según el grupo etario.
- Saber que estudios pedir en cada caso.
- Reconocer el ECG normal y los patrones de las arritmias más frecuentes.
- Reconocer cuáles son las causas que obligan a realizar tratamiento de las arritmias.
- Conocer las pautas de tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Objetivos Procedimentales

Realizar al final de la tutoría un cuadro clasificatorio, y ejemplos gráficos de las patentes del ECG mas frecuentes

Mostrar algunos ECG para su interpretación

Contenidos

Definición y características de las palpitaciones.

Clasificación electrofisiológica de las arritmias: Arritmias por trastornos en la formación del impulso, en la conducción del impulso y por trastornos combinados.

Causas NO CARDIACAS de palpitaciones.

Causas CARDIACAS.Taquiarritmias y bradiarritmias

Tratamiento farmacológico y no farmacológico.Clasificación de drogas antiarrítmicas. Dosis y efectos indeseables.

Contenidos a Recuperar

Distribución anatómica de las fibras especializadas de conducción.

Propiedades del funcionamiento cardíaco: excitabilidad, automatismo, conducción y contractilidad.

Génesis del potencial de acción cardíaco.

Morfología de los potenciales de acción en diferentes tejidos cardíacos.

Situación Problema

Datos personales

Sonia 25 años,

Estado civil: Soltera,

Ocupación: empleada administrativa, trabaja de 8 a 12 horas,hace horas extras.

Vivienda: casa de material. Agua corriente y cloacas

Motivo de Consulta

Palpitaciones rápidas y regulares

Enfermedad actual

Presenta desde hace 4 meses palpitaciones rápidas y regulares asociadas a sudoración y temblor fino en manos. Este cuadro aparece por la noche, se acompaña de insomnio, se autolimita en 30 minutos, pero en esos momentos siente desasosiego.

Últimamente se ha notado más "acelerada", con menos capacidad de concentración y atención en el trabajo, y siente temor cuando se halla en lugares con públicos, espacios abiertos.

Antecedentes Personales

Prolapso de válvula mitral (PVM) diagnosticado casualmente en un examen pre-ocupacional (trae ecocardiograma: PVM sin insuficiencia valvular).

Ciclos menstruales regulares pero abundantes (menorragia).

Niega alergias y cirugías.

Le mencionaron un diagnóstico de crisis de pánico hace 2 años cuando tuvo un cuadro similar pero nunca se trató.

Hábitos

Fumadora de 10 cigarrillos por día desde hace 10 años.

Consume mate dos termos/dia.

Alcohol no consume.

Diuresis sin alteraciones, episodios de diarrea más frecuentemente, sin moco,pus ni sangre, no consultó.

Antecedentes familiares

Padre: hipertenso

Madre: depresión endógena en tratamiento psiquiátrico.

Examen físico

Mucosas rosadas, húmedas.

Temperatura: 36ºC. Frecuencia cardíaca:90 latidos/minuto, ritmo regular. Presión arterial 120-80 mmHg. Tilt test negativo.

Se palpa nódulo tiroideo.

Auscultación cardíaca: clic mesosìstólicoen foco mitral, sin soplos.

Abdomen: leve dolor epigástrico sin defensa ni descompresión.

Resto del examen físico sin alteraciones.

Exámenes complementarios

Glóbulos rojos: 4070000/mm^3 Hb 11.50 gr/dl Glóbulos blancos 5200/mm^3 NS 65% E 1% B 0 % L 34% M 0

Eritrosedimentación 1ra hora: 10 mm. Glicemia: 75mg/dl Uremia: 25 mg/dl Orina: reacción ácida, densidad 1015, proteínas negativas, sedimento normal.Colesterol total 200 mg/dl.

ECG ritmo sinusal, frecuencia cardíaca 86 por minuto regular, sin sobrecargas.

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
   Clínica Médica
   Cardiología
   Farmacología
   Salud Mental

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna"* 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- GONZALEZ ZUELGARAY J: *"Arritmias cardíacas"* 2ªEd.Inter-Médica 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 23

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Objetivos

- Conocer la anatomía de la circulación pulmonar y del sistema venoso de miembros inferiores.
- Identificar los factores de riesgo para la trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo de pulmón (TEP).
- Conocer la metodología diagnóstica de la TVP y del TEP.
- Reconocer otros tipos de embolia pulmonar.
- Conocer la anatomía patológica de la TVP y otras embolias pulmonares.
- Nociones de tratamiento y profilaxis de TEP. Terapia farmacológica y no farmacológica.
- Relacionar el estado socioeconómico y cultural en la tercera edad.

Contenidos

Sistema circulatorio pulmonar y sistema venoso de miembros inferiores y pelvis.

Fisiología de la circulación pulmonar, mecanismos hemodinámicasnormales y patológicos.

Fisiología respiratoria e intercambio gaseoso

Relaciones entre ventilación y perfusión

Mecanismos de la coagulación. Estados normales y patológicos.

Semiología de miembros inferiores e insuficiencia cardíaca.

Exámenes complementarios de utilidad en el diagnóstico de TVP y TEP.

Anticoagulantes. Fibrinolíticos. Métodos farmacológicos del tratamiento del TEP y prevención de TVP.

Contenidos Desagregados

Causas de disnea.

Causas de edema.

Causas de dolor torácico

Causas de esputo hemoptoico/hemoptisis

Estados de hipercoagulabilidad. Causas y consecuencias.

Hipertensión pulmonar primitiva y secundaria.

Tercera edad, nivel socio-cultural.

Cómo simplificar el diagnóstico: Uso correcto de los exámenes complementarios

Contenidos a Recuperar

Anatomía de la circulación pulmonar y del sistema venoso de miembros inferiores y pelvis.

Fisiología respiratoria e intercambio gaseoso.

Relaciones entre ventilación y perfusión.

Fisiología de la coagulación.

Situación Problema

Datos personales

María de 78 años.

Viuda 1 hija

Domiciliada en zona oeste de Rosario

Ocupación: jubilada, trabajaba como portera de una escuela doble turno.

Motivo de consulta

Disnea,cianosis

Enfermedad actual

Paciente que llega a la guardia con servicio de emergencias, relata que luego de un viaje prolongado, volvió del norte en colectivo luego de visitar a su hija.Repentinamente percibió una sensación de falta de aire, se desvaneció por segundos y recuperó la conciencia, constatando los médicos del prehospitalario, sudoración fría y pegajosa, cianosis, y extremidades frías. Le colocaron un saturómetro que media saturación de Hb86% con aire ambiente.

Antecedentes

1 embarazo y 1 parto normal.

Hábitos

Fumadora de 20 cigarrillos/día desde los 30 años, hasta hace 5 años que se detectó nódulo mamario y se extirpó. No hizo más controles ginecológicos.

No toma bebidas alcohólicas

Alimentación rica en carbohidratos. Sedentarismo.

Antecedentes familiares

Padre fallecido,cardiopatía.

Madre fallecida, desconoce causa.

Hija 1 sana.

Examen físico

Mal estado general, obesa.

Presión arterial: 90/70 mmHg, FC: 122latidos/minuto, con extrasístoles, FR: 28 ciclos/min. Afebril., cianosis en labios.

Cabeza y cuello: s/p

Tórax: murmullo vesicular conservado

Abdomen: blando, depresible, indoloro

Miembros: diferencia de tres cm. en el diámetro de muslo derecho con respecto al izquierdo (tomado a igual altura). Terreno varicoso.

Actividades

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

Cardiología
Hematología
Obstetricia
Diagnóstico por imágenes
Anatomía Patológica
Salud Mental
Medicina y Sociedad
Farmacología

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires
- FRASER-PARE:*"Diagnóstico de las enfermedades del tórax"*
- FISHMAN:*"Enfermedades del Tórax"*.
- LERER ML:*"Sexualidad Femenina"*. Ed. Sudamericana. Planeta.
- GOLDSTEIN R:*"La salud reproductiva frente al espejo"*. OMS 2000.

Unidad Temática 24
DOLOR ABDOMINAL

Objetivos

- Conocer las múltiples causas de dolor abdominal agudo y crónico (causas abdominales y extraabdominales).
- Aprender a evaluar, a interpretar, a estudiar y a tratar al paciente con dolor abdominal.
- Aprender cuándo se debe derivar a la especialidad pertinente (Cirugía, Cardiología, Gastroenterología, etc.)
- Conocer las causas que pueden enmascarar la intensidad del dolor.

Contenidos

Abdomen agudo médico y quirúrgico.

Mecanismos fisiopatológicos del dolor abdominal.

Causas abdominales y extraabdominales.

Métodos complementarios útiles.

Contenidos a Recuperar

Anatomía, histología y fisiología del sistema digestivo (Crecimiento y desarrollo).

Complicaciones de la inflamación aguda y de la inflamación crónica (Área Defensa).

Situación Problema

Datos Personales:

Alicia, 59 años

Vive en Barrio Echesortu, Rosario, con su esposo.

Ocupación: Directora de una escuela primaria.

Vivienda: Casa de material con todos los servicios.

Motivo de consulta

Dolor abdominal,náuseas vómitos, fiebre.

Enfermedad actual

Comienza con un cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal intensidad 7/10 tipo cólico localizado en epigastrio con irradiación a flancos e hipogastrio que cede parcialmente con antiespasmódicos.El mismo apareció post ingesta de colecistoquinéticos. Del mismo tiempo de evolución refiere náuseas y vómitos biliosos. De 12 horas agrega un registro de fiebre de 38°C.

Antecedentes personales

Diabetes mellitus desde hace 15 años en tratamiento con metformina y glibenclamida.

Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 20 mg/día desde hace 10 años y atenolol 50mg desde el episodio de angina de pecho

Angina de pecho, fue internada en Unidad Coronaria hace 5 años, actualmente en tratamiento con ácido acetilsalicílico.

Antecedente de infecciones urinarias a repetición y además refiere desde hace varios años episodios de dolor

abdominal relacionados con el stress laboral.

Cirugía abdominal por peritonitis a punto de partida de una apendicitis hace 20 años.

Niega alergias y transfusiones.

Antecedentes familiares

Padre fallecido por cáncer de colon

Madre diabética con antecedente de divertículos.

Hermanos dos, sanos.

Hijos tres, sanos.

Examen físico

Vigil, orientada en tiempo y espacio. Presión arterial 150/100 mmHg; FC 90 latidos/minuto; Temperatura 37°C; FR 26 ciclos/minuto. Impresiona moderadamente enferma.

Abdomen: levemente distendido, doloroso a la palpación a predominio en epigastrio sin defensa ni descompresión. RHA +, cicatriz medial.

Auscultación respiratoria: rales en base de campo pulmonar derecho.

Auscultación cardíaca: R1 y R2 normofonéticos, silencios libres.

Resto del examen físico sin alteraciones.

Laboratorio:

HTO: 32% GB 18.000/mm^3 N 70 %; glicemia 350mg/dl, cetonemia+++, amilasa 110 mg/dl, TGO 110, TGP 200, fosfatasa alcalina 500. VES: 60 mm/hora. LDH y CPK normales. Ionograma: Na^+ 134mEq, K^+ 2.9mEq. Uremia 29 mg/dl, creatinina 1,1 mg/dl.

Orina: 1025, ph 7 proteínas trazas. Sedimento: Leucocitos+, piocitos ++.

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
   - Clínica Médica
   - Gastroenterología
   - Diagnóstico por imágenes
   - Farmacología
   - Anatomía Patológica
3. Para el próximo encuentro, uno o dos alumnos deben traer un caso clínico de algún paciente que entrevisten en la práctica en terreno con cuadro de dolor abdominal, en donde analicen los distintos planteos diagnósticos así como los métodos complementarios que sería conveniente realizar.

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto:*"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M:*"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires

Unidad Temática 25
DOLOR LUMBAR

Objetivos

- Conocer la importancia del dolor lumbar en el nivel de Atención Primaria de la Salud
- Aprender a reconocer el dolor de localización lumbar, sus diagnóstico diferencial, síntomas y signos de cada entidad patológica
- Integrar conceptos relacionados con las indicaciones de los exámenes complementarios
- Conocer los fundamentos por los cuales el paciente con lumbalgia necesita ser derivado al especialista

Contenidos

Importancia del problema como causa frecuente de ausentismo laboral

Clasificación del dolor lumbar según su presentación y evolución clínica

Caracterización del dolor y síntomas de alarma

Jerarquizar la solicitud de exámenes complementario

Tratamiento. Farmacológico. Fisioterapia

Contenidos a Recuperar

Anatomía, Fisiología y Fisiopatología del aparato locomotor.

Imagenología normal del aparato locomotor.

Semiología de la columna vertebral.

Importancia del dolor lumbar para su vida de relación y en el aspecto laboral

Situación Problema

Datos personales

María, de 62 años de edad

Estado civil: casada. Vive con su esposo

Ocupación: ama de casa

Estudios: primario completo

Vivienda: de material con agua corriente y cloacas

Motivo de consulta

Lumbalgia.

Enfermedad actual

Sus primeros síntomas aparecieron hace aproximadamente 10 años. Su dolor afectaba predominantemente la zona lumbar en forma difusa, sin irradiación. Refiere que cuando trabajaba mucho, en particular al realizar tareas de limpieza pesadas como baldear el patio, sus dolores se intensificaban. El dolor empeoraba al final del día, con los esfuerzos y mejoraba con el reposo en cama. Su intensidad máxima era de 6 para 10 y en promedio de 3 para 10. Ha consultado en diferentes oportunidades al centro de salud, y ha recibido tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos según necesidad en dosis bajas, lo cual calmaba el dolor, y le permitía realizar sus tareas habituales la mayor parte del tiempo.

Tres días antes de la consulta, su dolor empeoró drásticamente. La paciente refiere que luego de tropezar, presentó un intenso dolor súbito en la región lumbar, de intensidad 9 para 10. Este dolor la obligó a permanecer en cama desde entonces. El dolor mejora levemente con el reposo, pero se hace insoportable con movimientos

mínimos, a pesar del tratamiento con analgésicos a dosis altas. El dolor se irradia ala zona abdominal e ingle. La paciente nunca había presentado un episodio de lumbalgia similar.

Antecedentes personales

Gestas 2, partos 2.

Menopausia espontánea a los 46 años

Uso habitual de ibuprofeno, 400 mg aproximadamente 3 veces por semana, desde hace aproximadamente 10 años. Actualmente 600 mg cada 8 horas

Niega pérdida de peso, fiebre, cambios del hábito evacuatorio, o hematoquezia. Refiere haber realizado controles ginecológicos dentro del último año con mamografía sin particularidades. Niega haber realizado densitometrías previas.

No tiene otros antecedentes personales de jerarquía.

Hábitos: no fuma, no toma alcohol

Antecedentes familiares

Padre: fallecido por infarto agudo de miocardio a los 72 años

Madre: viva, litiasis vesicular

Dos hijos vivos sanos

Examen físico

Paciente lúcida, facie de dolor

Presión arterial: 150/80 mmHg; FC: 92 latidos/minuto Peso: 52 kg, talla: 156 cm.

Dolor a ladigito presión a nivel de L4.

Resto examen físico sin particularidades

Estudios complementarios

Laboratorio general:Hto: 39%; glóbulos blancos 5800 mm^3 N60%;glucemia 89 mg/dl; urea 34 mg/dl;creatinina 0,7 mg/dl;Na^+ 134 mEq/l K^+ 3,7 mKq/l;fosfatasa alcalina: 88 U/l;VES: 8 mm/hora

Actividades

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reunión con expertos.
   - Clínica Médica
   - Reumatología
   - Neurología
   - Oftalmología
   - Diagnóstico por imágenes
   - Salud Mental
   - Farmacología
   - Nutrición
   - Anatomía Patológica

Med 111- 18

Clínica Médica 4°

Bibliografía

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008Elsevier Editores.
- CECIL: *"Textbook of Medicine"* 21stEd. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON´S: "*Principios de Medicina Interna"* 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ªEd.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*". 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-RavenPublishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: *"Patología estructural y funcional"*. 7ma Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: *"Introducción a la Psiquiatría"*. 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires