

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MODULO GASTROENTEROLOGIA

<u>Días y horarios</u>	<u>Lunes 16/4/12</u>	<u>Miercoles 18/4/12</u>	<u>Viernes 20/4/12</u>
7,45	Indicaciones y contra indicaciones de la Fibroscopía. Dr. Amé	HDA. Dra. Casella	Anemia. Dra. Casella
9	Caso Clínico 1	Caso Clínico 2	Caso Clínico 3
11	Disfagia. Dr. Amé	Cancer Gástrico. Dra. Casella	Celiaquía. Dra. Casella
	<u>Lunes 23/4/12</u>	<u>Miercoles 25/4/12</u>	<u>Viernes 27/4/12</u>
7,45	Diagnóstico diferencial de Epigastralgia. Dr. Amé	Colitis Pseudomembranosa. Dra. Casella	Dolor Abdominal Agudo. Dra. Casella
9	Caso Clínico 4	Caso Clínico 5	Caso Clínico 6
11	Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Dr. Amé	Cancer de Colon. Dr. Julio Ferreyra	Síndrome de Intestino irritable. Dra. Casella
	<u>Lunes 30/4/12</u>	<u>Miercoles 2/5/12</u>	<u>Viernes 4/5/12</u>
7,45	Hepatitis fulminante. Dr. Amé	Hepatitis Crónica. Dra. Casella	Peritonitis bacteriana Dr. Julio Ferreyra
9	Caso clínico 7	Caso Clínico 8	Caso Clínico 9
11	Hepatitis Aguda. Dr. Amé	Cirrosis. Dr. Julio Ferreyra	Diagnóstico Diferencial de ictericias. Dra. Casella

Lunes 30/4 feriado, pasa al módulo complementario.

CATEDRA DE CLINICA MEDICA – UAMI N° 3 – HOSPITAL CORDOBA

MODULO DE GASTROENTEROLOGIA

CASO CLINICO TALLER N° 1 (16/4/12)

Datos personales: Paciente de 28 años, sexo masculino, casado, domiciliado en Córdoba, Capital.

Motivo de consulta: Dolor torácico, salivación profusa, eructos desde hace 45 días, hace 1 semana se agregan ahogos nocturnos.

Antecedentes de la enfermedad actual: Tos crónica, con escasa expectoración blanquecina.

Antecedentes familiares: padres vivos y sanos, hermanos sanos

Antecedentes personales fisiológicos: Nacida de parto normal, con desarrollo psicossomático normal, siempre habitó en casa de material, con los servicios básicos.

Antecedentes personales patológicos: No presenta

Antecedentes quirúrgicos: amigdalectomizado.

Hábitos tóxicos: fuma 30 cigarrillos diarios desde hace 1 año, antes 10 desde los 19 años.

Familigrama: casado, con 1 hijo de 18 meses. Hace 2 años se cambió de trabajo y no está a gusto

Perfil psicológico: ansioso, quiere darle a su familia todas las comodidades

Medicación: no ingiere ningún medicamento

Examen físico: Talla: 1,75 m. Peso: 80 Kg. TA: 120/70. Pulso rítmico 84 x'

Paciente lúcido, afebril: 36,4°. Fascie indiferente. Disfónico

Piel y mucosas de características normales.

TCS: panículo adiposo conservado. No se constatan adenomegalias, ni edemas.

Osteoarticular: normal

Ap.Respiratorio: 24 x'. Murmullo vesicular conservado, no se auscultan roncus, ni sibilancias

Ap.Cardiovascular: ZMI no se ve, ni se palpa. Ruidos cardíacos normales, sin ruidos sobreagregados. Pulsos periféricos presentes. No se observan várices.

Abdomen: levemente distendido, no visceromegalia. RHA normales.

Urogenital: sin particularidades. PPRB (-). Puntos renoureterales (-)

Neurológico: s/p

Estudios complementarios: Hto: 43%

CONSIGNAS

1- Reconocimiento del problema, tratando de integrar los síntomas y signos que presenta la paciente, en no más de 3 hipótesis dominantes.

2- Procedimientos auxiliares de diagnóstico que refuerzan las hipótesis anteriores.

3- Reconocer la integración de los trastornos psicofuncionales y orgánicos.

Cuales son las causas más frecuentes de esta patología

4- Qué conducta adoptaría, de confirmar su hipótesis dominante.

5- El cigarrillo tiene relación con su patología?

CATEDRA DE CLINICA MEDICA – UAMI N° 3 – HOSPITAL CORDOBA

MODULO DE GASTROENTEROLOGIA

CASO CLINICO TALLER N° 2 (18/4/12)

Datos personales: Paciente de 47 años, sexo femenino, separada, empleada de comercio, vive en Córdoba (Guiñazú)

Motivo de consulta: Dolor epigástrico, náuseas, vómitos, cefaleas

Antecedentes de la enfermedad actual: concurre a la guardia porque desde hace 24 horas, luego de una ingesta copiosa y abundante en bebidas presentó una epigastralgia acompañada de náuseas y vómitos primero alimenticios y luego biliosos. Desde horas antes había manifestado hemicránea pulsátil, de intensidad creciente. Se interpreta el cuadro como cólico biliar y se practica una Ecografía abdominal por guardia que informa la presencia de numerosas sombras anecoicas en vesícula biliar, se indica tratamiento con antiespasmódicos, hidratación parenteral y protección gástrica con ranitidina. Fue dada de alta y enviada al consultorio externo de Cirugía. A los 15 días fue sometida a Colectomía sin complicaciones intraoperatorias, ni en el postoperatorio inmediato. Sin embargo, a las 48 hs. la paciente presenta epigastralgia, náuseas, vómitos, con anorexia y cefalea persistente. La paciente ha eliminado gases, con tránsito intestinal (+) y diuresis normal.

Antecedentes familiares: Padre fallecido por cáncer de recto a los 60 años. Madre viva de 69 años, tiene migraña clásica. Una hermana mayor con hipertensión arterial. Y una hija de 18 años sana.

Familigrama: La paciente convive con su madre y su única hija desde que el marido abandonó el hogar. La relación con su ex marido es conflictiva. El vínculo con su hija es regular y con su madre, malo. Tiene pocas amigas con las que se reúne habitualmente una vez por semana. No realiza actividades institucionales.

Perfil psicológico: Tiene personalidad tipo A, con rasgos obsesivo-compulsivos. Frecuentes trastornos del sueño, con imposibilidad de conciliar el sueño. Ha intentado dejar de fumar sin lograrlo porque dice que "funciona" con los cigarrillos; siempre está urgida por el tiempo y por la necesidad competitiva de ventas. Refiere que cuando sufre una crisis de nervios se le hace como un nudo en el estómago y frecuentemente presenta ardor epigástrico, con aparición de la cefalea.

Antecedentes personales fisiológicos: Nacida de parto normal, con desarrollo psicossomático normal. Siempre habitó en casa de material, con servicios básicos cubiertos. Es Perito mercantil y trabajó siempre como empleada de comercio. Alimentación suficiente y mixta, rica en grasas, frituras y salsas. No realiza actividades físicas.

Antecedentes personales patológicos: Desde los 20 años y en forma periódica tiene cefaleas, tipo hemicránea, pulsátil acompañada de náuseas cuando se prolonga por muchas horas. Toma analgésicos en forma habitual, Acido acetil salicílico 500 mg. (Aspirina) 1 comp/día; Dipirona 500 mg. (Novalgina) 1 comp/día; Cafeína 100 mg. + Dipirona 500 mg. + Ergotamina 1 mg. (Migral) 2 comp/día, a veces excede los 7 comp/semana.

Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomía a los 12 años. Cirugía estética de nariz a los 15 años. Colectomía.

Hábitos tóxicos: Fuma 20 cigarrillos diarios desde los 20 años. Toma alrededor de 5 pocillos de café por día. Mate al menos en dos oportunidades al día utilizando yerba compuesta que la tolera mejor. Bebe alcohol en reuniones sociales, sobretodo vinos espumantes que manifiesta que le gustan pero le producen dolor de cabeza.

Examen físico: Talla: 1,60 m. Peso 52 kg. TA: 110/80 Pulso 96 x' rítmico.

Paciente lúcida, afebril 36°, fascie doliente, decúbito supino dorsal.

Piel y mucosas: ligera palidez

Tejido celular subcutáneo: panículo adiposo conservado, no se constatan adenomegalias, ni edemas.

Osteoarticular: bien

Cabeza y cuello: sin datos de interés.

Ap. Respiratorio: frecuencia respiratoria 20 x', murmullo vesicular rudo. Se auscultan roncus aislados en ambos campos pulmonares

Ap cardiovascular: zona de máximo impulso no se ve ni se palpa. Ruidos cardíacos ligeramente apagados, no hay ruidos sobreagregados. Pulsos periféricos presentes y bien. Várices externas leves en ambos miembros inferiores.

Abdomen: ligeramente distendido, indoloro a la palpación profunda. No se palpa visceromegalia
Urogenital: sin particularidades. Puño percusión renal bilateral (-) Puntos renoureterales (-)

Neurológico: bien

CONSIGNAS

1- Reconocimiento del problema, tratando de integrar los síntomas y signos que presenta la paciente, en no más de 3 hipótesis dominantes.

2- Causas extradigestivas de epigastralgia, náuseas y vómitos

3- Que relación puede o no tener con la cirugía

4- Procedimientos auxiliares de diagnóstico que refuerzan las hipótesis anteriores.

5- Recuerda las indicaciones y contraindicaciones de la endoscopia?

6- Reconocer la integración de los trastornos psicofuncionales y orgánicos.

7- Qué conducta adoptaría, de confirmar su hipótesis dominante.

8- Cuales son los hábitos que recomendaría y cuales contraindicaría

CATEDRA DE CLINICA MEDICA – UAMI N° 3 – HOSPITAL CORDOBA

MODULO DE GASTROENTEROLOGIA

CASO CLINICO TALLER N° 3 (20/4/12)

Datos personales: Paciente de 18 años, sexo femenino, soltera, estudiante universitaria, nacida en Córdoba.

Motivo de consulta: Astenia y anemia.

Antecedentes de la enfermedad actual: refiere que de chica tenía anemia, luego no se controló más porque se sentía mejor. Ahora no se puede concentrar para estudiar. Anda cansada todo el día. Duerme mucho. Distensión abdominal y constipación de hasta 3 días.

Antecedentes familiares: Padre vivo hipertenso. Madre viva diabética. Tres hermanos sanos. Abuela materna: Artritis Reumatoidea

Familigramma: Convive con sus padres y hermanos. Buena relación, salvo con el hermano menor.

Perfil psicológico: La paciente tiene una personalidad tipo A, con trastornos escasos del sueño. Ante situaciones de estrés presenta ardor y dolor epigástrico. Angustiada por el estudio, que aunque le gusta, no consigue buenas notas.

Antecedentes personales fisiológicos: Nacida de parto normal, con desarrollo psicossomático normal. Siempre habitó en casa de material, con servicios básicos cubiertos. Alimentación suficiente y mixta, sin leche pero con yogurt y quesos. No realiza actividades físicas.

Antecedentes personales patológicos: no refiere

Antecedentes quirúrgicos: Amigdalectomía. Tenorrafia.

Hábitos tóxicos: Mate más de 1 litro como desayuno.

Medicamentos: anticonceptivos

Examen físico: Talla: 1,57 m. Peso 52 kg. TA: 110/80 Pulso 76 x' rítmico.

Paciente lúcida, afebril 36°, fascie indiferente, decúbito activo electivo.

Piel y mucosas: palidez

Tejido celular subcutáneo: panículo adiposo ligeramente disminuído, no se constatan adenomegalias, ni edemas.

Osteoarticular: bien

Cabeza y cuello: sin datos de interés.

Ap. Respiratorio: frecuencia respiratoria 24 x', murmullo vesicular conservado.

Ap. cardiovascular: zona de máximo impulso no se ve ni se palpa. Ruidos cardíacos normofonéticos, no hay ruidos sobreagregados. Pulsos periféricos presentes y conservados.

Abdomen: ligeramente distendido, doloroso a la palpación profunda de cuerda cólica derecha. No se palpa visceromegalia

Urogenital: sin particularidades. Puño percusión renal bilateral (-) Puntos renoureterales (-)

Neurológico: bien

Gineco-obstétricos: menarca a los 15 años, sus períodos menstruales son irregulares 30-60/5, aún tomando los anticonceptivos.

CONSIGNAS

- 1- Reconocimiento del problema, tratando de integrar los síntomas y signos que presenta la paciente, en no más de 3 hipótesis dominantes.
- 2- Procedimientos auxiliares de diagnóstico que refuerzan las hipótesis anteriores.
- 3- Reconocer la integración de los trastornos psicofuncionales y orgánicos.
- 4- Qué conducta adoptaría, de confirmar su hipótesis dominante.
- 5- La asociaría a alguna patología alimentaria como Bulimia o Anorexia?

CATEDRA DE CLINICA MEDICA – UAMI N° 3 – HOSPITAL CORDOBA

MODULO DE GASTROENTEROLOGIA

CASO CLINICO TALLER N° 4 (23/4/12)

Datos personales: Paciente de 20 años, sexo femenino, estudiante universitaria. Vive en Córdoba, Capital

Motivo de consulta: deterioro progresivo importante con malestar, pérdida de peso abundante, dolores abdominales y diarrea sanguinolenta importante de tres meses de evolución.

Antecedentes de la enfermedad actual: Tuvo un cuadro similar hace 4 años y se le diagnosticó ansiedad relacionada con los exámenes y la trataron con tranquilizantes del tipo benzodiazepinas.

Antecedentes familiares: no aportan información adicional.

Familigrama: vive con una compañera de estudio

Perfil psicológico: ansiosa, perfeccionista

Antecedentes personales fisiológicos: Nacida de parto normal, con desarrollo psicossomático normal, habita en casa de material con servicios básicos instalados

Antecedentes personales patológicos: diarreas esporádicas

Antecedentes quirúrgicos: amigdalectomizada

Hábitos tóxicos: no refiere

Examen físico: TA: 85/60 FC:145/lpm y T°:39°

Intensa palidez cutaneomucosa. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen:

Silencio abdominal y dolorimiento a la palpación profunda en abdomen izquierdo.

Laboratorio: Hematocrito:18% Leucocitos 21000. K:2,6 mEQ/L. ECG: Taquicardia

supraventricular Orina normal. Tacto rectal: rectorragia. ECG: Taquicardia Sinusal. -.

CONSIGNAS

1- Reconocimiento del problema, tratando de integrar los síntomas y signos que presenta la paciente, en no más de 3 hipótesis dominantes.

2- Procedimientos auxiliares de diagnóstico que refuerzan las hipótesis anteriores.

3- Reconocer la integración de los trastornos psicofuncionales y orgánicos.

4- Con qué patologías debe hacer el diagnóstico diferencial

5- Es una patología clínica o quirúrgica y que urgencia de resolución requiere

6- Pronóstico de la paciente

MODULO DE GASTROENTEROLOGIA

CASO CLINICO TALLER N° 5 (25/4/12)

Datos personales: Paciente de 47 años, sexo masculino, comerciante.

Motivo de consulta: Refiere diarrea de 1 semana de duración.

Antecedentes de la enfermedad actual: Heces semilíquidas. Los últimos 5 días, con hematoquezia. Fiebre de hasta 38°. Astenia

Antecedentes familiares: Madre diabética, hipertensa, tabaquista. Padre con Ca de colon. 3 hijos sanos

Familigrama: Vive con su esposa e hijos

Perfil psicológico: hiperquinético

Antecedentes personales fisiológicos: parto y desarrollo psicossomático normal. Cursó estudios universitarios incompletos. Alimentación con abundantes verduras. Su almuerzo es una vianda delivery. Escasa actividad física

Antecedentes personales patológicos: No posee

Antecedentes quirúrgicos: Ninguno

Hábitos tóxicos: No refiere

Medicamentos: Habitualmente no ingiere medicamentos

Examen físico: 110/80 mmHg. Pulso 90 x'. Talla 1.60 m. Peso 67 Kg. T° 37.8°. Halitosis, lengua seca.

Abdomen distendido, con RHA ligeramente aumentados, doloroso a la palpación de la cuerda cólica.

CONSIGNAS

1- Reconocimiento del problema, tratando de integrar los síntomas y signos que presenta la paciente, en no más de 3 hipótesis dominantes.

4- Procedimientos auxiliares de diagnóstico que refuerzan las hipótesis anteriores.

6- Reconocer la integración de los trastornos psicofuncionales y orgánicos.

7- Qué conducta adoptaría, de confirmar su hipótesis dominante.

Qué otras colitis pueden tener heces con sangre?

Qué otras colitis pueden tener heces con mucus?

8- Cuales son los hábitos que recomendaría y cuales contraindicaría

CATEDRA DE CLINICA MEDICA – UAMI N° 3 – HOSPITAL CORDOBA

MODULO DE GASTROENTEROLOGIA

CASO CLINICO TALLER N° 6 (27/4/12)

Datos personales: Paciente de 38 años, sexo masculino, casado. Vive en Córdoba, capital. Empresario

Motivo de consulta: Dolor y distensión abdominal asociado a alteraciones del ritmo evacuatorio

Antecedentes de la enfermedad actual: Presenta dolor y distensión abdominal, que disminuye luego de la evacuación intestinal, desde hace tres meses en forma casi constante. Su hábito intestinal se ha modificado, siendo a veces 1 ó 2 deposiciones por semana. Con sensación de evacuación incompleta

Antecedentes familiares: Padre de 67 años, vivo, con Hipertensión arterial. Madre viva, de 63 años con valvulopatía cardíaca. Dos hermanos sanos

Familigrama: vive con su mujer y dos hijos. Es empleado público, no tiene buena relación con su jefe, sí con sus compañeros de trabajo. No tiene demasiados problemas monetarios.

Perfil psicológico: Siempre pendiente de su madre. Muy ansioso. Es el hijo del medio.

Antecedentes personales fisiológicos: Nacido de parto normal, con desarrollo psicossomático normal. Vive en casa de material con los servicios básicos instalados.

Antecedentes personales patológicos: Sinusitis crónica, no está en tratamiento. Diabetes tipo II

Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomizado.

Hábitos tóxicos: Ingiere 1 vaso de vino con la cena.

Medicamentos: ingiere ocasionalmente antiinflamatorios. Antidiabéticos orales y antidepresivos

Examen físico: Talla 1,82 m. Peso 85 kg. T.A. 120/70 Pulso rítmico 78 x'.

Paciente lúcido, afebril 36.2° - Fascie indiferente – Decúbito supino.

Piel y mucosas: características normales.

Tejido celular subcutáneo: panículo adiposo conservado, no se constatan adenomegalias ni edemas.

Osteoarticular: normal.

Aparato respiratorio: frecuencia respiratoria 24 x'. Murmullo vesicular conservado, no se auscultan roncus ni sibilancias.

Ap. Cardiovascular: zona de máximo impulso no se ve, ni se palpa. Ruídos cardíacos normales, sin ruidos sobreagregados. Pulsos periféricos presentes.

Abdomen: con moderada distensión, dolor a la palpación de la cuerda cólica, más evidente en FII. No visceromegalia. RHA levemente aumentados.

Urogenital: sin particularidades – Puñopercusión renal bilateral negativa. Puntos renoureterales negativos.

Neurológico: bien

CONSIGNAS

- 1- Reconocimiento del problema, tratando de integrar los síntomas y signos que presenta el paciente, en no más de 3 diagnósticos dominantes.
- 2- Procedimientos auxiliares de diagnóstico que refuerzan las hipótesis anteriores.
- 3- Reconocer la integración de los trastornos psicofuncionales y orgánicos.
- 4- Qué conducta adoptaría, de confirmar su hipótesis dominante.
- 5- Que pautas higiénico-dietéticas indicaría

CATEDRA DE CLINICA MEDICA – UAMI N° 3 – HOSPITAL CORDOBA

MODULO DE GASTROENTEROLOGIA

CASO CLINICO TALLER N° 7 (Feriado puente por 1/5), se desarrollará en el módulo complementario)_

Datos personales: Paciente de 48 años, sexo femenino, viuda, domiciliada en Unquillo, Córdoba.

Motivo de consulta: Fiebre, dolor y distensión abdominal.

Antecedentes de la enfermedad actual: En los últimos meses ha desarrollado importante distensión abdominal, anorexia y adelgazamiento progresivos. Prurito intenso

Antecedentes familiares: desconoce desde hace varios años, es traída por una vecina.

Antecedentes personales fisiológicos: Nacida de parto normal, con desarrollo psicossomático normal, habita en casa de material pero sin servicios básicos instalados.

Antecedentes personales patológicos: No presenta?

Antecedentes quirúrgicos: apendicectomizada a los 16 años.

Hábitos tóxicos: drogas intravenosas, fue dada de alta hace unos meses de un centro de detoxificación.

Familigrama: viuda desde hace 3 años, no tuvo hijos.

Perfil psicológico: nada le importa

Medicación: no ingiere ningún medicamento

Examen físico: Talla: 1,65 m. Peso: 40 Kg. T° 38.3° TA: 110/70. Pulso rítmico 107 x'
Paciente descuidada y caquética, mirada ausente. Fascie indiferente. Inestabilidad en la marcha. Disartria
Dentadura en mal estado de conservación e higiene. Agrandamiento bilateral de parótidas.
Ictericia en esclerótica. Eritema palmar. Angiomas arácnos múltiples y escoriaciones.
Pulmones y corazón normales.
Abdomen distendido y con matidez desplazable. No se palpa hígado y el bazo se palpa a 3 cm. por debajo del reborde costal izquierdo.
Asterixis

Estudios complementarios: Hto: 37%, Hb 11, Leucocitos 4.800, Plaquetas 120.000, Creatinina 1 mg/dl, GOT 200 U/l, GPT 100 U/l, Fosfatasa Alcalina 150 U/l, Bilirrubina total 3,4 mg/dl, BD 2,5 mg/dl, Proteínas totales 6,5 gr/dl, albúmina 2,8 gr/dl

CONSIGNAS

- 1- Reconocimiento del problema, tratando de integrar los síntomas y signos que presenta la paciente, en no más de 3 hipótesis dominantes.
- 2- Procedimientos auxiliares de diagnóstico que refuerzan las hipótesis anteriores.
- 3- Reconocer la integración de los trastornos psicofuncionales y orgánicos.
- 4- Cuales son las causas más frecuentes de esta patología
- 5- Con qué patologías debe hacer el diagnóstico diferencial
- 6- Qué conducta adoptaría, de confirmar su hipótesis dominante.
- 7- Defina los términos que crea propios de esta patología
- 8- Pronóstico de la paciente

CATEDRA DE CLINICA MEDICA – UAMI N° 3 – HOSPITAL CORDOBA

MODULO DE GASTROENTEROLOGIA

CASO CLINICO TALLER N° 8 (2/5/12)

Datos personales: Paciente de 56 años, sexo masculino, separado, empleado administrativo, vive en Córdoba

Motivo de consulta: Distensión abdominal, náuseas, pérdida de peso

Antecedentes de la enfermedad actual: Esta sintomatología la presenta desde hace un mes. Hace una semana se agregan vómitos biliosos esporádicos.

Antecedentes familiares: Madre fallecida por ACV. Una hermana mayor sana.

Familigrama: El paciente vive solo. No realiza actividades físicas.

Perfil psicológico: Abúlico.

Antecedentes personales fisiológicos: Nacido de parto normal, con desarrollo psicossomático normal. Siempre habitó en casa de material, con servicios básicos cubiertos. Alimentación insuficiente, rica en grasas, frituras y salsas. No realiza actividades físicas.

Antecedentes personales patológicos: Toma analgésicos en forma habitual (por cefaleas),

Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomía hace 20 años.

Hábitos tóxicos: Fuma 20 cigarrillos diarios desde los 20 años. Bebe alcohol hasta 2 litros diarios

Examen físico: Talla: 1,60 m. Peso 52 kg. TA: 110/80 Pulso 96 x' rítmico.

Paciente lúcido, afebril 36°, rubicundo, decúbito supino dorsal.

Piel y mucosas: ligera palidez, amarillento? Algunas equimosis en torax

Tejido celular subcutáneo: panículo adiposo conservado, no se constatan adenomegalias, edemas en miembros inferiores.

Osteoarticular: bien

Cabeza y cuello: sin datos de interés.

Ap. Respiratorio: frecuencia respiratoria 20 x', murmullo vesicular rudo. Se auscultan roncus aislados en ambos campos pulmonares

Ap cardiovascular: zona de máximo impulso no se ve ni se palpa. Ruidos cardíacos ligeramente apagados, no hay ruidos sobreagregados. Pulsos periféricos presentes y bien. Várices externas leves en ambos miembros inferiores.

Abdomen: ligeramente distendido, indoloro a la palpación profunda. No se palpa visceromegalia.

Urogenital: sin particularidades. Puño percusión renal bilateral (-) Puntos renoureterales (-)

Neurológico: bien

CONSIGNAS

1- Reconocimiento del problema, tratando de integrar los síntomas y signos que presenta la paciente, en no más de 3 hipótesis dominantes.

2- Causas de distensión abdominal

3- Procedimientos auxiliares de diagnóstico que refuerzan las hipótesis anteriores.

4- Reconocer la integración de los trastornos psicofuncionales y orgánicos.

5- Puede incidir en la patología el hecho de ser una persona separada?

6- Qué conducta adoptaría, de confirmar su hipótesis dominante.

7- Qué otros estudios pediría.

CATEDRA DE CLINICA MEDICA – UAMI N° 3 – HOSPITAL CORDOBA

MODULO DE GASTROENTEROLOGIA

CASO CLINICO TALLER N° 9 (4/5/12)

Datos personales: Mujer de 38 años, ama de casa, casada

Motivo de consulta: Acude a la Guardia por dolor abdominal intenso en región epigástrica.

Antecedentes de la enfermedad actual: dolor de 12 horas de evolución irradiado a espalda, acompañado de vómito biliar, malestar general y disnea, sin fiebre.

Antecedentes familiares: padres vivos y sanos, no tiene hermanos

Antecedentes personales fisiológicos: Nacida de parto normal, con desarrollo psicossomático normal, siempre habitó en casa de material, con los servicios básicos.

Antecedentes personales patológicos: diagnóstico reciente de hipotiroidismo sin tratamiento.

Antecedentes quirúrgicos: mamoplastia, lipectomía, una cesárea.

Hábitos tóxicos: fuma 15 cigarrillos diarios

Familigrama: Vive con su esposo y 2 hijos

Perfil psicológico: tranquila, no exterioriza lo que siente

Medicación: a veces AAS

Examen físico: Al ingreso paciente ansiosa, dolorida, somnolienta, TA: 109/60 FC: 109/min FR: 20/min T: 37,8° SPO2 : 94% con FiO2 : 0,28.

Como hallazgos positivos palidez cutánea, mucosa oral semiseca, excursión torácica limitada por dolor con hipoventilación bibasal. Abdomen distendido, blando, ruidos hidroaéreos ligeramente disminuídos, doloroso a la palpación profunda en epigastrio y mesogastrio, sin irritación.

Se realizan exámenes iniciales que muestran Hb: 18,9, Hcto: 44,3 Leucocitosis de 14000 N: 70% L: 22% Mon: 7% Pla: 252.000, Sodio: 124 Potasio: 3,37 Cloro: 100 Calcio: 0,86 Magnesio: 1,9 Creatinina: 0,58, Glucemia: 130

CONSIGNAS

- 1- Reconocimiento del problema, tratando de integrar los síntomas y signos que presenta la paciente, en no más de 3 hipótesis dominantes.
- 2- Procedimientos auxiliares de diagnóstico que refuerzan las hipótesis anteriores.
- 3- Reconocer la integración de los trastornos psicofuncionales y orgánicos.
- 4- Cuales son las causas más frecuentes de esta patología
- 5- Qué conducta adoptaría, de confirmar su hipótesis dominante.
- 6- Cómo valora el pronóstico