



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia: Propedéutica, semiología y diagnóstico

Dra. Angelita Yesenia Gómez Gallardo

Tareas

Alumna: Guadalupe Elizabeth González González

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 17/03/2021.

Signos: Son manifestaciones objetivas (rasgos) (exantemas, dilatación cardíaca, modificación del pulso, etc.) o químicas (albuminuria, hiperglucemia) que se reconocen al examinar al enfermo.

Síntomas: Son los trastornos subjetivos (molestias, dolor, etc.) que el paciente experimenta y el médico no suele percibir o le es difícil comprobar, y a cuyo conocimiento llega sobre todo por medio del interrogatorio.

Diagnóstico clínico presunto: Es aquel que el profesional considera posible basándose en los datos obtenidos en la anamnesis y el examen físico.

Diagnóstico confirmado: Caso cuyo diagnóstico se corrobora por medio de estudios auxiliares, o aquel que no requiere estudios auxiliares, pero presenta signos o síntomas propios del padecimiento o evento bajo vigilancia, o aquel que presente evidencia de asociación epidemiológica con algún caso confirmado por laboratorio.

Pronóstico para la vida: Promedio de años que se espera que viva una persona. El pronóstico anticipa su posible duración de acuerdo a los síntomas que se evidencian en el paciente.

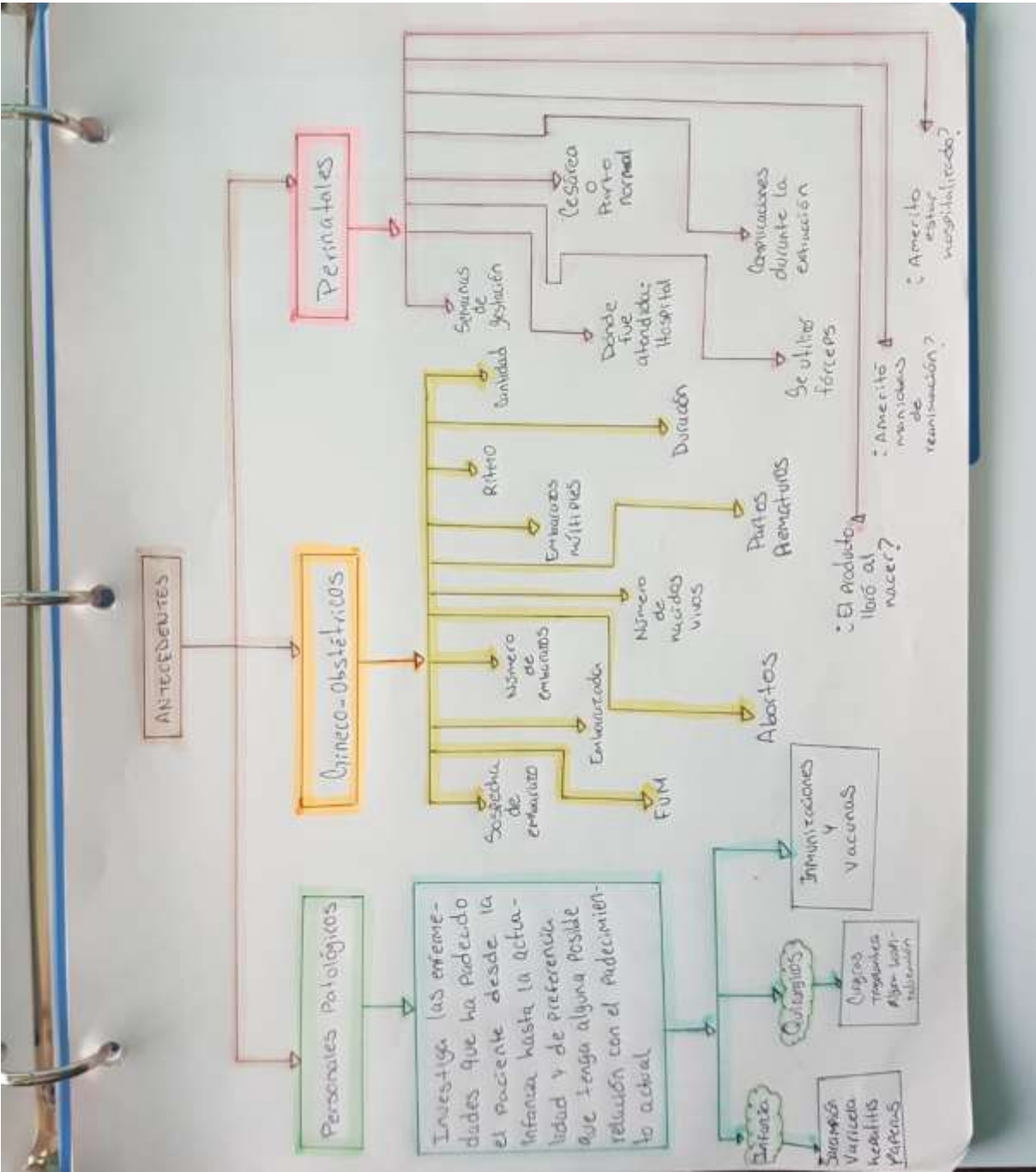
Pronóstico para la función: Evaluación de la capacidad de realizar funciones físicas normales, tales como caminar, agacharse, sostenerse con firmeza, etc.

Prodromos: Signo o sintoma precursor de una enfermedad determinada, que preceden y anuncian el comienzo de ésta.

Semiología: Es el capítulo de la patología general que se ocupa del estudio de los signos y síntomas de las enfermedades, y de sus consecuencias.

Semiotécnica → Todos los herramientas que se utilizan para conocer los signos y síntomas del paciente: Percusión, palpación etc.

Propedéutica → Razonamiento donde se analiza bien el signo y sintoma para poder llegar a una conclusión.



ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

		BCG		Hepatitis B	
Nacimiento					
2 Meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Rotavirus		Neumococo Conjugada
4 Meses	Pentavalente acelular		Rotavirus		Neumococo Conjugada
6 Meses	Pentavalente acelular		Rotavirus		Influenza
7 Meses	Influenza Segunda dosis				
12 meses	SRP				Neumococo Conjugada
18 meses	Pentavalente acelular				
24 meses (2 años)	Influenza refuerzo anual				
36 meses (3 años)	Influenza refuerzo anual				
48 meses (4 años)	DPT (Refuerzo)				
59 meses (5 años)	Refuerzo anual Influenza (octubre - enero)				
72 meses (6 años)	SRP (refuerzo)				
11 años o 5to grado de primaria	VPH (virus del Papiloma humano)				

Esquema de vacunación adolescentes y adultos		
Vacuna	Enfermedad que previene	Edad
Td	Tétanos, difteria	A partir de los 15 años de edad y cada 10 años
SR	Sarampión Rubéola	Adolescentes de 11 años de edad que no cuenten con dosis de SR
Antihepatitis B	Hepatitis B	Adolescentes de 11 años de edad que no cuenten con el antígeno vacunal
VPH	Infección por Virus de Papiloma humano	Mujeres en 5º grado de primaria o de 11 años de edad no escolarizadas
TdPa	Tétanos, difteria, tos ferina	Embarazadas de la semana 20 a 32 de gestación.
Antiinfluenza	Influenza	Población de 65 años de edad considerada con factores de riesgo, todos a partir de los 60 años
Antineumocócica Polivalente	Infecciones por Neumococo	Población de 60 años a 64 con factores de riesgo. Toda la población de 65 años de edad.

Norma 04 del expediente clínico

Establece los requisitos mínimos para la elaboración del expediente clínico ya sea en papel o electrónico.

La norma del expediente clínico se puede dividir en 2 → NOM 004 y NOM 021.

Puntos importantes de la NOM-004

- ✓ La historia clínica del paciente deberá ser conservada por un periodo mínimo de 5 años, contada a partir de la fecha del último acto médico.
- ✓ Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de los servicios médicos que los genera.
- ✓ Todas las notas médicas deberán contener nombre completo, fecha de elaboración, edad, sexo, fecha de nacimiento.
- ✓ Todas las notas del expediente deberán expresarse en lenguaje técnico, médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarlo en buen estado.
- ✓ Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se preparen varios servicios, deberán integrarse un solo expediente clínico por cada paciente.
- ✓ Todas las notas del expediente clínico deberán tener la firma autógrafa del médico o en disposiciones directas aplicables.

Semiología de las facies

Facies de origen nervioso

Facies parkinsoniana: Se caracteriza por inexpressión de la cara, rigidez de la mirada, falta de parpadeo, supresión de la mímica, aspecto grasoso de la cara - Cara de pomada - y la boca entre abierta con sialorrea.



Facies del síndrome de Claude Bernard Horner:

Producida por parálisis del simpático cervical, se caracteriza por disminución de la hendidura palpebral - enoftalmos - del lado paralizado, congestión de la conjuntiva y miosis por predominio de la acción del motor ocular común y ptosis palpebral.



Facies por parálisis facial periférica:

Hay hemiatrofia facial, con pérdida de las arrugas, aumento de la hendidura palpebral, epifora, desviación del ojo y de la comisura labial hacia arriba. Debe diferenciarse de las facies que se observan en la parálisis facial central, en ella no hay compromiso de la frente, excepto en el caso extremo de la lesión bilateral del nervio facial de origen central.



Facies de risa sardónica: Máscara tétánica - Se observan en el tétanos, la frente se arruga, las cejas y alas de la nariz se elevan, las comisuras labiales son traídas hacia arriba y hacia fuera, al tiempo que los labios contracturados descubren los dientes, dibujando con la boca en conjunto una especie de risa permanente, de risa sardónica o espasmo grínica.



Facies de origen respiratorio

Facies adenoidea: Boca entreabierta, cara alargada, mirada adormecida, pómulos aplanados, nariz y labio superior muy pequeños y prominencia de la dentadura superior. Es a causa de hipertrofia de adenoides.



Facies mediastínica: Cara abotagada y cianótica, ingurgitación de las venas del cuello y de la cabeza. Se presenta por obstrucción de la vena cava superior.

Facies de Origen Cardíaco

Facies por angina de pecho: Es pálida, refleja angustia, ansiedad y terror.

Facies por infarto del miocardio: Piel con un tinte gris plomizo - como ceniza - se observa una expresión de terror similar a la anterior.

Facies de insuficiencia aórtica: Color pálido de suave tinte amarillento, con las arterias temporales y carótidas animadas de amplios latidos y las mejillas con una ligera coloración rosada intermitente y sincrónica con el pulso.

Facies por cardiopatía congénita: Cianosis, color labios color rojo negro, conjuntiva ocular inyectada, epicantero y orejas pantiaguadas.



Facies rubicunda: La facies rosada y aún rubicunda es habitual en el niño, a causa de su piel fina con transparencia de la red capilar. También es normal en la emoción y en las personas expuestas al calor - panaderos, leñeros, maquinistas - por vasodilatación de la red capilar. Una causa importante de facie rosada, también por vasodilatación capilar, son los procesos febriles en general, **ver 2 importantes:**

• **Facies Neumónica:** algo cianótica y con disnea, coloración rosada cianótica a manera de mancha, más acentuada en una de las mejillas, correspondiente al lado del pulmón enfermo por vasodilatación refleja simpática.

La escarlatina produce eritema rosado difuso, con un puntado rojizo, que sólo respeta los surcos nasofaríngeos, dando a la cara una faze escarlatinaea. En la poliglobulia se ve un tinte cianótico, congestión conjuntival e intensa coloración rosa difusa por todo lo boca, lengua, paladar y fauces. Las eritodermias producen la erisipela en toda la piel, en general por causas alérgicas, frías, químicas e infecciosas y por la exposición ininterrumpida al sol, en los primeros días de plato o campo.

El alcoholismo crónico origina una facies rubicunda eritrosica, por vasodilatación de la red subcutánea, cuando es de larga data, coexiste con pequeñas telangiectasias en las mejillas, labio de la nariz y de la oreja.

Facies de origen digestivo

Facies pancreática: Hay contracciones de la musculatura facial, palidez cianótica de las mejillas y arrojados.

Facies peritoneal o hipocrática: Mejilla hundida, nariz afilada, enofthalmos y cianosis en los labios. Se ve en peritonitis aguda, con frecuencia se acompaña de signos evidentes y midriasis.

Facies crónica: Coniuntivas ictericas, rubor y telangiectasias en la frente, pómulos y dorso de la nariz.

Facie icterica: Consiste en la coloración amarillenta de la cara y de las escleróticas por aumento de la rubicunda en sangre, se ve en ictericas hemoliticas, por retención de la bilirubina y por obstáculo en su eliminación.



Facies de origen renal

Facies por nefritis: Se ve en la glomerulonefritis aguda por vasoconstricción y anemia, la cara abotagada, pálida y con edema periorbital.

Facies por uremia crónica: Piel amarillenta por retención activa de los cromógenos amarillos retenidos.



Facies endocrinas

Facie acromegálica: Gran desarrollo de la nariz, maxilar inferior, arcos superciliares y orbitales, labios y lengua. Hair sejas pobladas y unidas por la parte interna.



Facies horripilada: Mirada fija de verdadero terror, rigidez de la expresión, exortalmos e intensos cambios vasomotores de la piel de la cara.

Facies hipotiroidea: Facies redondeada, piel seca, pálida, mirada triste de porcino y voz arrastrada.

Facies de Cushing: Cara de luna llena, abotagada y con papada, cuello de toro y cianosis; la piel delgada, con estrías blancas.

Otras facies

Facies caquética: Con palidez y relieves óseos marcados, con cara triste y cansada, con un tinte pardo-grisáceo. Se ve en desnutridos y en neoplasias.



Facies prémonica: Facies descompuesta; inanimada, con mirada inmóvil y velada en los moribundos.



Facies leonina: Aspecto de la cara que parece a la de un león. Se produce por lesiones infiltrativas en la piel de la cara y estiramiento de la lepra lepromatosa.

