



Facultad de Medicina



Secretaría de Educación Médica  
sem

DIEM

# ESTUDIO MÉDICO INTEGRATIVO CON CASOS ADAPTATIVOS PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS CLÍNICAS EN EL CICLO BÁSICO DE MEDICINA

## GUÍA PARA EL DESARROLLO DE CASOS ADAPTATIVOS

Fernando Flores Hernández  
Angélica García Gómez  
Armando Ortiz Montalvo  
Ximena Duarte Sánchez  
María Fernanda Vaca Arciniega  
Karime Sileu Díaz Licona  
Alicia Gisela López Hernández  
Angélica Licona Villa

2026

Proyecto PAPIME - PE305425

Primera edición: diciembre de 2025

D.R. © 2025 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Ciudad Universitaria, C.P. 04510, Ciudad de México

“Estudio médico integrativo con casos adaptativos para el desarrollo de competencias clínicas en el ciclo básico de medicina: Guía para el desarrollo de casos adaptativos”.

Con financiamiento del Proyecto PAPIME-PE345425

Dr. en Psic. Fernando Flores Hernández

Dra. Angélica García Gómez

Dr. Armando Ortiz Montalvo

Dra. Angélica Licona Villa

Médicos Pasantes de Servicio Social

Ximena Duarte Sanchez

Maria Fernanda Vaca Arciniega

Estudiantes de pregrado

Karime Sileu Díaz Licona

Alicia Gisela López Hernández

Se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial.



La presente obra está bajo una licencia de **CC BY-NC-SA 4.0 internacional**

[https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es_ES)

Esta licencia permite:

- Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato)
- Adaptar (remezclar, transformar y construir a partir del material)

Bajo los siguientes términos:

**Atribución.** Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.

**No comercial.** Usted no puede hacer uso del material para una finalidad comercial.

**Compartir igual.** Si remezcla, transforma o crea a partir del material, deberá difundir sus contribuciones bajo la misma licencia que el original.

Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria

Facultad de Medicina

Secretaría de Educación Médica

Departamento de Investigación en Educación Médica

Hecho en México.

**Universidad Nacional Autónoma de México**

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas

*Rector*

Dra. Patricia Dolores Dávila Aranda

*Secretaria General*

Mtro. Hugo Concha Cantú

*Abogado General*

Mtro. Tomás Humberto Rubio Pérez

*Secretario Administrativo*

Dra. Diana Tamara Martínez Ruiz

*Secretaria de Desarrollo Institucional*

M.I. Fernando Macedo Chagolla

*Secretario de Servicio y Atención a la Comunidad*

*Universitaria*

Dr. Fernando Rafael Castañeda Sabido

*Director General, DGAPA*

Mtra. Brenda Morales Chambert

*Directora de Apoyo a la Docencia*

Lic. Ana Laura Pasos Hernández

*Jefa del Depto. PAPIME*

**Facultad de Medicina**

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

*Directora*

Dra. Gabriela Borrayo Sánchez

*Secretaria General*

Dr. Andrés Eliú Castell Rodríguez

*Jefe de la División de Investigación*

Dra. Ana Elena Limón Rojas

*Jefa de la División de Estudios de Posgrado*

Dr. Guillermo Hideo Wakida Kuzunoki

*Secretario de Enseñanza Clínica, Internado Médico y Servicio Social*

Dr. Armando Ortiz Montalvo

*Secretario de Educación Médica*

Dra. Teresa Imelda Fortoul Van der Goes

*Secretaria del Consejo Técnico*

Dra. María de los Ángeles Fernández Altuna

*Secretaria de Servicios Escolares*

# ÍNDICE

• Introducción	2
• El Modelo de Evaluación Integrativa: Más allá de la Calificación y la memoria	4
◦ La Educación de Precisión: Personalización del aprendizaje en un contexto clínico	5
◦ El Fundamento de la Evaluación Adaptativa: Llevando e identificando el límite de la competencia de los estudiantes	6
◦ La Pedagogía del Error: Transformando el Fracaso en Oportunidad	8
• Contexto de Informática Biomédica (Salud Digital), para la instrumentación	12
• ¿Qué son y Cómo se construyen los casos adaptativos?	17
• Casos instrumentados en primer año	20
• Casos instrumentados en segundo año	39
• Referencias	91
• Video testimonios de los estudiantes	93
• Autores y agradecimientos	95

# INTRODUCCIÓN



La educación médica contemporánea se encuentra en un punto de inflexión dada la ya tradicional fragmentación del conocimiento y la falta de elementos de integración para los estudiantes, la evaluación basada en el sobre-uso de las pruebas estandarizadas y centrada en la memorización y desconexión entre la teoría y la formación del razonamiento y competencia clínica desde el inicio de la carrera que favorezcan la transición hacia la etapa de formación en ciclos clínicos, han revelado limitaciones significativas en la formación de profesionales de la salud en medicina sin perder de vista la casi nula integración de la formación ética, humanista y orientada al paciente desde un modelo Biopsicosocial centrado en la Atención Primaria a la Salud encaminada al perfil profesional del médico general.

El ciclo básico de la carrera de medicina —debiese ser la etapa fundamental donde se podrían sentar las bases del razonamiento clínico — suele transcurrir alejado de la realidad práctica, limitando la transferibilidad de la competencia que van adquiriendo los estudiantes al inicio de su formación, a la que los estudiantes se enfrentarán en su futuro profesional, y no obstante, las condiciones para su desarrollo se integran de manera tardía en la mayoría de los currículos.

Este desfase no es un problema menor; ya que se puede traducir en dificultades posteriores para integrar conocimientos no consolidados en el ciclo básico, pudiendo afectar la toma de decisiones clínicas y, en última instancia, ofrecer una atención de calidad. Frente a este escenario, surge la necesidad de repensar las estrategias didácticas y evaluativas, orientándolas hacia un enfoque genuinamente basado en competencias que prepare a los estudiantes para la complejidad e incertidumbre inherentes al acto médico.

Ante este contexto se crea la propuesta de la estrategia didáctica del “Estudio Médico Integrativo” (EMI) como una alternativa en educación médica y ciencias de la salud para el desarrollo de la competencia clínica desde la etapa inicial de la carrera.

Para dar respuesta a estos desafíos EMI, es una estrategia didáctica que busca articular y orientar de manera coherente y significativa los contenidos del ciclo básico con el desarrollo de la competencia clínica. Para comprender su potencial transformador, es necesario analizar su arquitectura conceptual, la cual se sostiene sobre cuatro pilares fundamentales e interconectados: 1) el Modelo de Evaluación Integrativa, 2) la Educación de Precisión, 3) el fundamento de las Pruebas Adaptativas, y 4) la Pedagogía del Error.

Estos ejes conforman un andamiaje teórico-práctico que no solo busca mejorar un curso específico, sino que aspira a sentar un precedente para la renovación profunda de la enseñanza médica inicial.

El primer pilar, el Modelo de Evaluación Integrativa (Flores, De la Cruz y Vega, 2019), representa un cambio de paradigma respecto al propósito y la función de la evaluación. Tradicionalmente, en la educación médica y en la educación en general, la evaluación ha sido concebida como una serie de eventos discretos (diagnósticos, formativos, sumativos) orientados principalmente a la calificación y la certificación, lo que Boud (2000) critica como prácticas que a menudo “corrompen” el aprendizaje, al priorizar la obtención de una nota sobre la comprensión profunda.

Este modelo tradicional, fuertemente arraigado y sustentado principalmente en aspectos de memoria sustentados en verbos de taxonomías más que en indicadores de competencia reales, fomenta un aprendizaje superficial (Biggs, 2005).

### **El Modelo de Evaluación Integrativa: Más allá de la Calificación y la memoria.**

El Modelo de Evaluación Integrativa propone una visión de la evaluación como un proceso continuo, reflexivo y alimentador del aprendizaje “Evaluación Integrativa” que surge como una propuesta de evaluación “basada en el aprendizaje” como proceso integrador de la competencia. Misma que NO se alinea con la concepción de la evaluación “del” o “para” el aprendizaje.

La “integratividad” radica en su capacidad de entrelazar no solo conocimientos, sino también habilidades, actitudes, aptitudes y valores, simulando la naturaleza multidimensional de la práctica clínica real donde cada paciente tiene un contexto diferencial destacando la visión de una práctica humanista, ética y razonada centrada en el paciente.

En lugar de examinar contenidos aislados, este modelo evalúa cómo el estudiante moviliza e integra diversos recursos para abordar un problema complejo, basado en casos clínicos adaptativos largos (orientados al desarrollo de un tema) y cortos (como elementos integradores de un tema).

Contextualizando el Modelo de Evaluación Integrativa a dos procesos centrales de evaluación:

- La **evaluación integrativa de proceso** caracterizada por el vínculo a las evidencias de competencia que realimenta el aprendizaje del estudiante y brinda la posibilidad de su autorregulación y transferencia de manera gradual e individual, el cual permite ajustar el desarrollo y la progresión del trabajo en el espacio formativo.

- La **evaluación integrativa centrada** en los atributos de competencia orientados a la progresión consecutiva del perfil de egreso favoreciendo la vinculación teórico-práctica de la formación del estudiante y la incorporación de las competencias genéricas (Flores, 2023)

Este enfoque es esencial para el desarrollo del razonamiento clínico, un proceso que, como señala Eraut (1994), se construye mediante la articulación de conocimiento proposicional (el “saber qué”) con el conocimiento procedimental (el “saber cómo”) y el conocimiento tácito adquirido en la experiencia.

El EMI, al operar bajo este modelo, utilizaría la evaluación no como un fin, sino como el motor que impulsa al estudiante a conectar la fisiología con la semiología, la anatomía y el resto de las asignaturas de ciclos básicos con la toma de decisiones terapéuticas, desde los primeros semestres de la carrera.

### **La Educación de Precisión: Personalización del aprendizaje en un contexto clínico**

El segundo pilar, la Educación de Precisión (Nelson y Kosslyn, 2018), introduce un componente de alta relevancia en un entorno educativo: la personalización. Inspirado en la medicina de precisión, este modelo educativo aboga por adaptar los métodos, recursos y ritmos de enseñanza a las necesidades, estilos de aprendizaje y niveles de preparación individuales de cada estudiante. En el contexto del EMI, la Educación de Precisión se materializa a través de los “pacientes adaptativos” y “casos adaptativos” cortos y largos.

La educación masificada suele imponer un ritmo único, dejando atrás a algunos estudiantes y aburriendo a otros más avanzados. Pellegrino, Chudowsky y Glaser (2001) enfatizan que el aprendizaje efectivo requiere que las tareas estén en la “zona de desarrollo próximo” (concepto vigotskiano) del estudiante.

La Educación de Precisión, a través de la tecnología y el diseño instruccional inteligente y flexible, busca identificar esa zona para cada aprendiz.

El EMI, por lo tanto, no se constituye como una experiencia estandarizada, sino orientada al desarrollo y consolidación de la competencia. Es decir, si un estudiante realiza una buena semiología puede dar un paso más a la interpretación de hallazgos de laboratorio, ya que recibiría -a través del caso adaptativo- andamiajes específicos y recursos adicionales para avanzar en el padecimiento actual del paciente, pudiendo alcanzar el nivel en su primer caso, posteriormente otro estudiante podrá enfrentarse a desafíos de mayor complejidad incluyendo: aspectos éticos y/o relación médico-paciente, integración de los hallazgos clínicos con factores psicosociales del paciente, entre otros; dando pauta a la integración de elementos epidemiológicos y de salud pública en el contexto de cada caso que lo vinculan al contexto profesional.

Esto convierte al estudiante en un agente activo de su propio aprendizaje, fomentando la autorregulación —una competencia crucial para el aprendizaje a lo largo de toda la vida en medicina (Sargeant et al., 2010) —. La Educación de Precisión, en conjunción con el EMI, permite que la formación no sea un proceso de “talla única”, sino un traje a la medida de las potencialidades y áreas de oportunidad de cada futuro médico y al ver su contextualización y aplicabilidad en escenarios cambiantes que implican un reto, se eleva sustancialmente la motivación de los estudiantes.

### **El Fundamento de la Evaluación Adaptativa: Llevando e identificando el límite de la competencia de los estudiantes**

El tercer pilar, la Evaluación Adaptativa, traducida en casos adaptativos, se constituye la herramienta concreta que hace operativos los principios de la Educación de Precisión.

Lejos de ser simples cuestionarios en línea, donde se trata de sistemas sofisticados basados en la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) que ajustan la dificultad de las preguntas en tiempo real, en función del desempeño del estudiante (Wainer, 2000).

En el contexto del EMI, los “pacientes adaptativos” se comportan como contextos clínicos situacionales dinámicos: las respuestas del estudiante determinan la evolución del caso clínico y el nivel de profundidad alcanzado en función del nivel de competencia mostrado en cada caso, las pistas que se revelan y los nuevos desafíos que se presentan. Esta aproximación ofrece una evaluación mucho más fina de la construcción y de la consolidación de la competencia del estudiante que un examen estandarizado tradicional. Donde la evaluación integrativa de proceso permite ir identificando el nivel alcanzado por los estudiantes en cada caso y encaminarlo a su propio ritmo a la consolidación de la competencia esperada mediante la evaluación integrativa al término del curso.

Como señala Mislevy (2018), las evaluaciones basadas en modelos evidencian (Evidence-Centered Design) permiten inferir lo que un estudiante sabe y puede hacer a partir de sus acciones en un entorno complejo. Por ejemplo, un caso adaptativo sobre un paciente con dolor torácico puede comenzar con incertidumbre que lo lleve a pensar en lo más común por su falta de experiencia clínica “un infarto al miocardio”, sin embargo; si el estudiante realiza una anamnesis acertada, el “paciente” proporcionará más información y se desbloquearán opciones de profundización incluyendo la integración de estudios y elementos básicos de exploración física. Si el estudiante omite preguntas cruciales, el caso puede evolucionar hacia una complicación, revelando así lagunas en el razonamiento clínico, pero que encaminan la sesión o permiten profundizar en elementos como el diagnóstico diferencial (hecho real en clase, el caso de reflujo gastro esofágico integrado en este manual dio ese giro llevando a la profundización de ocho diagnósticos posibles) elemento que aporta y se adapta a la consolidación de competencias en el espacio formativo.

Lo anterior transforma la evaluación de una experiencia punitiva a una experiencia de aprendizaje en sí misma, un “ensayo situado” de la práctica real. El estudiante no está simplemente seleccionando la respuesta correcta entre varias opciones; está tomando decisiones secuenciales que tienen consecuencias en el escenario simulado, lo que refleja de manera más fiel la naturaleza iterativa y incierta del trabajo clínico (Norman, 2005).

## **La Pedagogía del Error: Transformando el Fracaso en Oportunidad**

El cuarto y último pilar, la **Pedagogía del Error**, es quizás el más contraintuitivo y, a la vez, el más humanista de todos. En contextos académicos de alto rendimiento como la medicina, el error suele estigmatizarse, percibiéndose como un signo de incompetencia o falta de preparación. Esto genera un ambiente de temor que inhibe la participación, la exploración y la honestidad reflexiva (Edmondson, 1999).

La Pedagogía del Error, por el contrario, postula que el error es un elemento inherente e indispensable para el aprendizaje complejo. Autores como Metzger y Ehring (2019) argumentan que cometer errores en un entorno seguro y con una retroalimentación adecuada activa procesos cognitivos profundos que fortalecen la comprensión y la retención a largo plazo. El EMI, al implementarse en el ciclo básico, donde la presión por “acertar” no debería estar asociada a consecuencias clínicas reales, es el espacio ideal para cultivar esta mentalidad.

Cuando un estudiante toma una decisión incorrecta en un caso adaptativo —por ejemplo, solicitar un examen diagnóstico innecesario— el sistema no lo “castiga” con una mala calificación. En cambio, basado en el Modelo de Evaluación Integrativa, ofrece una retroalimentación oportuna que explica las implicaciones de su decisión (mayor costo, riesgo para el paciente, demora diagnóstica, impacto al paciente) y le permite reconsiderar su abordaje.

Este proceso convierte el error en una fuente invaluable de *insight*, fomentando la resiliencia, la reflexión crítica, la práctica razonada y humana y la humildad intelectual —atributos fundamentales para un profesional de la salud—. Como plantea Boud (2015), aprender a juzgar la propia labor es una competencia central, y esto solo se logra permitiéndose fallar y reflexionar sobre ello.

Como conclusión al fundamento de este manual se puede concebir la propuesta del Estudio Médico Integrativo mediante Casos Adaptativos no es una mera innovación tecnológica o didáctica aislada. Es un proyecto pedagógico integral y profundamente fundamentado, que responde a las deficiencias estructurales de la educación médica tradicional. Al integrar de manera sinérgica la evaluación como proceso orientado a la consolidación de competencias (Modelo de Evaluación Integrativa), la personalización del aprendizaje (Educación de Precisión), el poder de la adecuación de los escenarios y ambientes clínicos (Evaluación Adaptativa-casos adaptativos) y una visión constructiva del fracaso (Pedagogía del Error), el EMI sienta las bases para una experiencia educativa transformadora.

Su implementación en las asignaturas de Informática Biomédica I y II (Salud Digital) representa un primer paso estratégico y viable, con un potencial de réplica enorme en todo el ciclo básico. Al hacerlo, no solo se mejorarán los resultados en evaluaciones prácticas, sino que se estará formando a una nueva generación de médicos que, desde el inicio de su trayectoria, comprenden la medicina no como un conjunto de datos a memorizar, sino como un arte complejo de integrar, decidir y humanizar, incluso —y especialmente— a través de los errores.

Dejando abierta la integración como evolución natural de la estrategia en este momento la integración del aprendizaje entre pares destacando que más del 70 % de los casos han sido diseñados de alumnos de ciclos superiores para alumnos de primero y segundo año de la carrera

Al ser una estrategia nueva resulta conveniente marcar las diferencias fundamentales con instrumentos de evaluación como el ECOE donde el desarrollo es en un escenario estandarizado y técnicas como la simulación que busca la consolidación de competencias básicas y clínicas en entornos controlados con esta última se presentan las diferencias básicas en la tabla 1

Tabla 1. Características de la Simulación y la EMI con pacientes adaptativos. (creación propia Flore y García, 2026)

Atributo	Simulación Clínica	Estudio Médico Integrativo con Pacientes Adaptativos
<b>Objetivos</b>	Mejorar habilidades clínicas, toma de decisiones, trabajo en equipo.	Desarrollar la competencia y razonamiento clínico mediante casos integrativos desde un enfoque biopsicosocial centrado en APS
<b>Tiempos</b>	Sesiones; de tiempo variable dependiendo y condicionadas por el escenario diseñado.	Sesiones prolongadas que dependen de la competencia del estudiante que es llevada al límite por el paciente adaptativo
<b>Propósito</b>	Crear un entorno seguro para el aprendizaje práctico y repetitivo.	Generar un entorno para desarrollar y demostrar la competencia clínica desde una evaluación integrativa
<b>Implicaciones Didácticas</b>	Permite el aprendizaje activo y la práctica sin riesgo para los pacientes.	Favorece un abordaje integral y razonado del caso donde el posible error en un eje de reflexión de las implicaciones de su practica personalizada a cada paciente
<b>Implicaciones Pedagógicas</b>	Promueve el aprendizaje basado en problemas y la retroalimentación inmediata.	Genera el desarrollo del razonamiento clínico y la integración de contenidos básicos desde una perspectiva humanista orientada al paciente
<b>Alcance Educativo</b>	Amplio; se pueden replicar situaciones complejas y de forma segura.	Emula condiciones realistas desde un enfoque biopsicosocial integrando aspectos de la relación medico paciente, seguridad del paciente y aspectos éticos
<b>Alcance en Evaluación</b>	Evaluación formativa y sumativa; puede incluir variables técnicas y no técnicas.	Rompe el aprendizaje del y para el aprendizaje y enfoca una evaluación basada en el aprendizaje por competencias desde la evaluación integrativa

Este manual resultado del proyecto PAPIME - PE305425, que, trasciende lo académico para convertirse en un compromiso ético con la calidad en la formación de los futuros profesionales de la salud y por ende, en su impacto a futuro en la salud de la población.



**“La excelencia de un médico radica en su amor por el conocimiento.”**

**-Hipócrates**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

# CONTEXTO DE INFORMÁTICA BIOMÉDICA (SALUD DIGITAL), PARA LA INSTRUMENTACIÓN:

Las asignaturas de Informática Biomédica I y II, surgen en el contexto del Plan de Estudios 2010 de la carrera de Médico Cirujano de la UNAM, un año después de la creación del departamento, hoy Salud Digital y de las materias, es creada la especialidad de Informática Biomédica aprobada como subespecialidad clínica por el “American Board of Medical Specialties” de EUA en Septiembre de 2011.

La materia se ubica dentro las asignaturas clínicas del ciclo básico de la carrera junto con la materia de Integración Básico Clínica y la materia de introducción a la Cirugía.

Uno de los ejes principales está vinculado a brindar los elementos que permitan generar las bases del razonamiento clínico y la toma de decisiones en medicina.

La misión y visión de la asignatura descritas en los programas de estudio enuncian:

**MISIÓN** formar médicos generales que utilicen el razonamiento clínico, manejen, analicen y apliquen efectivamente la información, el pensamiento crítico, las tecnologías de la información y comunicación como fundamento para tomar decisiones basadas en la evidencia y solucionar problemas de salud con profesionalismo y con una actitud ética y humanística.

**VISIÓN** ser un modelo por seguir en el país y en América Latina, en el que se formen médicos que coadyuven a elevar la calidad de la atención médica por medio del uso racional de los recursos tecnológicos y por su contribución al desarrollo de la enseñanza e investigación de las distintas disciplinas que la conforman.

Para la instrumentación del EMI, el curso se desarrolla bajo un enfoque de educación basada en competencias (congruente al enfoque del plan 2010), tomando como ejes las estrategias de aula invertida y aprendizaje basado en proyectos como estrategias didácticas complementarias al EMI y sus cuatro ejes; la educación de precisión, la evaluación integrativa, los casos adaptativos y la pedagogía del error.

Lo anterior pretende favorecer la personalización y adaptación de los procesos de enseñanza y aprendizaje para satisfacer las necesidades individuales de los estudiantes, orientados a la consolidación de las competencias esperadas y objetivo de la materia, buscando contribuir a la integración de los contenidos del ciclo básico y ser un elemento de transición hacia el ciclo clínico de la carrera.

*Este es el primero de dos manuales, donde el tomo I describe los elementos y características para el desarrollo de los casos adaptativos y el tomo II se centra directamente en la instrumentación didáctica del EMI como una estrategia didáctica para la formación de la competencia y razonamiento clínico desde la fase inicial de la carrera.*

De acuerdo con las competencias transversales propuestas en el plan 2010:

1. Pensamiento crítico, juicio clínico, toma de decisiones y manejo de información
2. Aprendizaje autorregulado y permanente
3. Comunicación efectiva
4. Conocimiento y aplicación de las ciencias biomédicas, sociomédicas y clínicas en el ejercicio de la Medicina
5. Habilidades clínicas de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación
6. Profesionalismo, aspectos éticos y responsabilidades legales
7. Salud poblacional y sistema de salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad
8. Desarrollo y crecimiento personal

Las competencias subrayadas no están consideradas de manera oficial en el programa de la asignatura como alcanzables en el contexto de la misma. Destacando que la competencia ocho prácticamente no es considerada como evaluable en prácticamente todas las asignaturas del ciclo básico.

Desde la perspectiva del autor bajo la estrategia propuesta todas son alcanzables, siendo sustancial en un enfoque real basado en competencias la consolidación y valoración de dicha competencia, como se mostrara a lo largo del desarrollo de los presentes manuales y los talleres de formación docente asociados a los mismos.

La instrumentación parte de un diseño invertido donde se identifican los indicadores (atributos de competencia a consolidar en la asignatura, por cada sesión) que son estructuradas a través de secuencias didácticas abordadas mediante objetos de aprendizaje complementarios entre si.

Los caos adaptativos se integran para su presentación tres en la asignatura de Informática Biomédica I y cuatro para la asignatura de Informática Biomédica II, en los siguientes temas:

Informática biomédica I; Evaluación de información en bibliotecas médicas digitales, ética en salud digital y conectividad en salud (telemedicina)

En tanto que para Informática Biomédica II; se desarrollaron en los temas de Bases del razonamiento médico en la era digital, razonamiento diagnóstico, razonamiento terapéutico y errores en medicina.

La estrategia sufrió una adecuación a partir de la tercera sesión del curso de IBII, se instrumentaron micro caos integradores para cada tema que pretenden vincular los temas de la asignatura a algunas de las materias del ciclo básico mediante casos clínicos, dichos casos son los que aparecen referidos como casos cortos en el presente manual.

La estrategia se piloteo en el contexto de la facultad, donde pueden existir algunos sesgos en su instrumentación derivados de la suspensión temporal de actividades y lo que conllevo el reajuste de los temas, así como los criterios de evaluación preestablecidos del 50% evaluación departamental, 50% evaluación del profesor.

No obstante se tuvo la oportunidad de instrumentar la estrategia en una de las escuelas de medicina del sistema incorporado en la cual las sesiones de clase se desarrollaron conforme a la planeación original y por los criterios de evaluación de DGIRE se pudo planear un esquema de evaluación congruente a un modelo de Educación Basada en Competencias (EBC) considerando la siguiente distribución de la evaluación:

- Exámenes departamentales (parciales) 10% (basados en la resolución de casos clínicos mediante Aprendizaje Basado en retos por Equipos)
- Portafolio 50% (Dramatizaciones y reflexiones en video, simulaciones, carteles, guías, tutoriales, infografías, actividades a mejorar con IA basadas en un proceso reflexivo)
- Actividades en clase (resolución de casos adaptativos) 25% (Resolución de casos grupal, individual y actividades de integración desde un modelo biopsicosocial centrado en APS)
- Participación 2% (aportes en clase)
- Autoevaluación 4% (sobre criterios de desempeño)

- Coevaluación) 4% (sobre criterios de desempeño)
- Y asistencia 5% (dada la relevancia de la secuenciación del curso tuvo una ponderación logrando una asistencia superior al 95%)

Un punto crítico es desprender la visión de la evaluación estandarizada de memoria, quitando el carácter punitivo de todo proceso de evaluación, para reorientarla desde un enfoque integrativo a la consolidación de las competencias, donde si se cambia el enfoque global de la enseñanza si es factible trabajar con poblaciones grandes, con la conciencia de que si implica un reto para la parte docente desde la planeación, instrumentación, desarrollo, evaluación y realimentación, evidentemente con la carga académica que eso implica.

No obstante si se consolida permite realimentar y ajustar las estrategias de enseñanza; con una participación activa del estudiante que lo implique como protagonista de su propio proceso de aprendizaje, promoviendo la autonomía y la autoevaluación sobre la base metodológica del Modelo de Evaluación Integrativa (una responsabilidad dual entre docente y estudiante altamente reflexiva, humanística y vinculada a la integración teórico-práctica en un contexto propicio como las asignaturas de IB I y II, que tienen como propósito:

- Adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para la toma de decisiones efectiva bajo condiciones de incertidumbre en la práctica de la medicina general
- Comprender y aplicar los conceptos actuales sobre razonamiento clínico relevantes para el médico general
- Identificar los avances de la informática en el apoyo a las decisiones clínicas, a nivel del médico general

# ¿QUÉ SON Y CÓMO SE CONSTRUYEN LOS CASOS ADAPTATIVOS?

Los casos adaptativos surgen en el contexto del EMI retomando la lógica de las pruebas adaptativas, donde los casos integrativos largos se contextualizan a tres temas de Informática Biomédica I (Evaluación de información en bibliotecas digitales, Ética en salud digital y Conectividad en Salud) y cuatro casos de Informática Biomédica II (Toma de decisiones en medicina en contextos de incertidumbre, Razonamiento diagnóstico, Razonamiento terapéutico y Errores en medicina), en IB\_II se integraron desde el semestre 26\_I casos adaptativos cortos que permiten como cierre de la sesión integrar el tema de la sesión con los contenidos del resto de las asignaturas de ciclo básico en el contexto del tema de la asignatura.

Los casos se presentan ante grupo en un contexto del paciente, casi siempre acompañado de algún familiar, contexto que permite integrar competencias transversales al mismo desde un enfoque biopsicosocial, profundizando en aspectos éticos, la seguridad del paciente, aspectos de comunicación y relación médico-paciente, en el contexto de la formación de la formación del razonamiento y juicio clínico de los estudiantes.

Los casos adaptativos se presentan al grupo divididos por equipos donde parte del reto es que cada equipo continúa el desarrollo a partir del avance del equipo precedente (trabajan en equipo dada la nula experiencia previa en el trabajo con pacientes con la intencionalidad de complementarse, buscar información durante su desarrollo y dar un seguimiento



fluido emulando una consulta real, en temas como telemedicina o los casos finales se integra la posibilidad de realizar interconsultas con la finalidad de integrar el trabajo interprofesional.

Más que pretender la integración de un diagnóstico definitivo la relevancia del caso se centra en su desarrollo e implicaciones para favorecer un proceso autorreflexivo y la autorregulación de los estudiantes a partir de la integración de los contenidos de ciencias básicas, en varias sesiones se propone más de un diagnóstico posible lo que permite integrar un razonamiento diagnóstico diferencial orientado por el conocimiento alcanzado por los estudiantes en el resto de sus asignaturas.

La lógica del caso adaptativo reside en que regularmente se va complejizando en función del desempeño alcanzado por los alumnos con la finalidad de llevarlos al límite dentro de su avance académico alcanzado e integrando elementos contextuales también desde el modelo biopsicosocial donde por su perfil formativo se encaminan siempre a cuestiones organizadas, elemento que ha permitido dar un giro al integrar elemento de salud mental como eje central del caso o elementos de salud pública como determinantes del mismo principalmente con los estudiantes del sistema incorporado de la Escuela de Medicina Intermédica donde se instrumenta de manera simultánea a la facultad.

Los casos adaptativos para su instrumentación mediante el EMI como característica cubren los siguientes ejes generales:

1. Para la elección del caso se considera:

- ¿Qué materias han visto o están viendo los estudiantes?
- ¿Qué tema se verá en clase?
- ¿Qué habilidades desea que practique el estudiante? proceso diagnóstico, diagnóstico diferencial, manejo inicial, cuestión ética o biopsicosocial

2. Creación de paciente realista con las características de la enfermedad que se abordará:

- Ficha de identificación, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos, andrológicos/ ginecobstétricos, padecimiento actual

3. Incluir enfoque biopsicosocial del paciente:

- Biológico: datos clínicos de importancia, factores de riesgo, exploración física
- Psicológico: estado emocional, creencias sobre la enfermedad, miedos o negación
- Social: red de apoyo, estilo de vida, contexto económico

4. Estructuración del caso:

- Objetivos de aprendizaje, ficha de identificación, motivo de consulta, antecedentes de importancia para el caso, exploración física, estudios de laboratorio e imagen, esfera biopsicosocial con atención primaria a la salud, diagnóstico principal y principales diagnósticos diferenciales, preguntas para el cierre del caso.

Los casos cortos siguen la misma lógica, pero son más enfocados a elementos concretos que permitan la integración de los contenidos del tema a desarrollar en la sesión y la integración también de elementos del ciclo básico.

En la siguiente sección se presentan los casos desarrollados hasta el momento tanto en la Facultad de Medicina como en la Escuela de Medicina Intermédica en esta última se anexan los casos cortos integrados en el último ciclo.

Para su identificación se utiliza la siguiente nomenclatura:

FM - Facultad de Medicina

EMI - Escuela de Medicina Intermédica

(Padecimiento)

LI - Caso largo integrativo

CI - Caso corto integrativo

Divididos en dos secciones para primero y segundo año.



# CASOS INSTRUMENTADOS EN PRIMER AÑO



# EMI - FALLA RENAL AGUDA - LI

Nombre completo: Ernesto Martínez Martínez

Edad: 22 días de nacido

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 19 de enero de 2025

Origen: Pachuca, Hidalgo

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Sin comenzar

Religión: Católica

## Objetivos de aprendizaje

- Analizar la importancia ética de la búsqueda de información confiable ante enfermedades graves en recién nacidos.
- Reconocer el papel de los padres como representantes legales en la toma de decisiones médicas.
- Identificar los retos comunicativos y emocionales en el acompañamiento de familias con un lactante crítico.
- Aplicar el modelo biopsicosocial en el abordaje de un caso pediátrico con falla renal aguda.

Diagnóstico principal: Falla Renal Aguda

---

## Motivo de consulta:

La madre refiere que el lactante presenta somnolencia excesiva, vómitos, irritabilidad, mirada perdida e hiporexia progresiva a anorexia.

Inicio del cuadro: hace 4 horas.

---

## Historia clínica (Interrogatorio):

### Dimensión Biológica:

- Signos vitales:
  - Frecuencia cardíaca: 170 lpm (taquicardia)
  - Frecuencia respiratoria: 68 rpm
  - Tensión arterial: 50/25 mmHg (hipotensión)
  - Temperatura: 38°C
- Hallazgos clínicos:
  - Letargia
  - Edema generalizado
  - Oliguria (posible)
  - Riñones palpables
  - Diagnóstico de síndrome de Prune Belly asociado
  - Antecedente de parto distócico prematuro
  - Madre con hipertensión tratada con Captopril durante el embarazo
- Tratamientos actuales:
  - Reposición de líquidos
  - Control de disnatremia
  - Apoyo nutricional
  - Eritropoyetina

### Dimensión Psicológica

- Madre con alto nivel de ansiedad y sentimiento de culpa, busca información médica en redes sociales y foros no especializados.
- Dificultad para procesar la gravedad del diagnóstico y comprender las implicaciones del tratamiento.
- Fatiga emocional por hospitalización prolongada.
- Necesidad de orientación para discernir información científica confiable y participar activamente en la toma de decisiones médicas.

### Dimensión Social

- Vivienda adecuada, sin hacinamiento, con servicios completos.
- Red de apoyo limitada: madre como principal cuidadora; padre ausente durante la hospitalización.
- Familia católica practicante, busca guía espiritual ante la situación.
- Buen acceso a servicios de salud, pero brecha de información sobre pronóstico y opciones terapéuticas.

---

### Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

<b>Dimensión</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Intervención sugerida</b>
<b>Biológica</b>	Falla renal aguda con signos de hipoperfusión, oliguria, edema y posible toxicidad por exposición prenatal a Captopril.	Monitoreo continuo de función renal, control de líquidos y electrolitos, valoración nefrológica. Educación a la madre sobre tratamiento y pronóstico.
<b>Psicológica</b>	Ansiedad materna, búsqueda excesiva de información en fuentes no confiables, sentimiento de culpa.	Intervención psicológica breve. Psicoeducación sobre fuentes médicas seguras. Apoyo emocional y estrategias de afrontamiento.
<b>Social</b>	Apoyo familiar limitado, ausencia paterna, prácticas religiosas como apoyo emocional.	Trabajo social para fortalecimiento de red de apoyo. Orientación espiritual acompañada de consejería médica. Inclusión en programas de apoyo a padres de pacientes pediátricos críticos.

---

### Diagnóstico probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Falla renal aguda (N17.9)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Sepsis neonatal (P36.9)
  - Deshidratación grave (E86.0)
  - Malformación renal congénita (Q60.9)

## Plan de atención en APS

- Abordaje multidisciplinario: pediatría, nefrología, psicología, trabajo social y ética médica.
- Comunicación empática y constante con la madre para fomentar la comprensión del estado del bebé.
- Promoción de la búsqueda informada y crítica de información médica confiable.
- Fortalecimiento del vínculo médico-familia y acompañamiento emocional.
- Derivación a grupos de apoyo para padres de neonatos hospitalizados.

---

## Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

<b>Diagnóstico</b>	<b>Criterios compatibles</b>	<b>Argumentos en contra</b>
<b>Falla Renal Aguda</b>	Hipotensión, oliguria, edema, creatinina elevada, exposición a fármacos nefrotóxicos (Captopril).	Diagnóstico confirmado por evolución aguda y síntomas.
<b>Sepsis neonatal</b>	Fiebre, taquicardia, letargia.	No hay foco infeccioso identificado ni hemocultivos positivos.
<b>Deshidratación grave</b>	Hipotensión, taquicardia.	Edema generalizado y oliguria lo descartan.
<b>Malformación renal congénita</b>	Riñones palpables, antecedente prenatal adverso.	Requiere estudios por imagen para confirmar.

---

## Elementos para la discusión y cierre del caso

1. ¿Qué responsabilidad ética tienen los padres al buscar información médica fuera del entorno clínico?
2. ¿Cómo garantizar una comunicación clara y empática entre el equipo médico y los padres de un neonato crítico?
3. ¿Qué estrategias pueden implementarse para guiar la búsqueda de información veraz sin invalidar la preocupación parental?
4. ¿Cómo equilibrar la autonomía informada de los padres con el beneficio y seguridad del recién nacido?
5. ¿Qué papel tiene el médico en acompañar emocionalmente a una madre que enfrenta sentimientos de culpa y desinformación?

# EMI - OSTEOSARCOMA - LI

Nombre completo: Jessica Hernández Martínez

Edad: 25 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Licenciatura en Marketing

Ocupación: Desempleada

Estado civil: Soltera

Lugar de origen: Pachuca, Hidalgo

Religión: Católica

## Objetivos de aprendizaje

- Reconocer dilemas éticos ante decisiones terapéuticas en enfermedades oncológicas avanzadas.
- Analizar la autonomía del paciente adulto frente a tratamientos agresivos.
- Aplicar un enfoque centrado en la persona en situaciones de sufrimiento físico y emocional.
- Identificar la influencia del duelo y la familia en la toma de decisiones clínicas.

Diagnóstico principal: Osteosarcoma atípico de fémur derecho (Enneking III, AJCC IV).

---

## Motivo de consulta:

Dolor progresivo y aumento de volumen en el tercio medio del fémur derecho tras un accidente automovilístico.

Consulta de seguimiento

---

## Historia clínica (Interrogatorio):

### Dimensión Biológica:

- Diagnóstico confirmado por biopsia: osteosarcoma osteoblástico y condroblástico.
- Tratamiento: tres ciclos de quimioterapia (cisplatino y doxorubicina) y resección intercalar de fémur con reconstrucción.
- Efectos adversos severos: náuseas, nefrotoxicidad, cardiotoxicidad, dolor óseo y alopecia.
- Dolor persistente y riesgo de metástasis pulmonar.

### Dimensión Psicológica:

- Pérdida de sus dos hijos en accidente automovilístico previo al diagnóstico.
- Presenta duelo no resuelto, tristeza profunda, desesperanza y cansancio emocional.
- Expresa dudas sobre continuar con el tratamiento debido al sufrimiento físico y emocional.
- Mantiene creencias religiosas que influyen en su visión de la enfermedad como "prueba divina".

### Dimensión Social:

- Vive con su madre diabética, quien es su principal apoyo y promueve continuar con el tratamiento.
- Recursos económicos limitados.
- Falta de red de apoyo externa y dependencia emocional de la familia.

Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

<b>Dimensión</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Intervención sugerida</b>
<b>Biológica</b>	Osteosarcoma tratado con quimioterapia y cirugía. Dolor y efectos adversos.	Control del dolor, vigilancia oncológica, valoración paliativa integral.
<b>Psicológica</b>	Duelo no resuelto, síntomas depresivos, rechazo parcial al tratamiento.	Intervención psicológica y tanatológica, acompañamiento espiritual.
<b>Social</b>	Dependencia familiar y económica, madre promotora del tratamiento.	Mediación familiar, apoyo social y orientación sobre decisiones éticas.

Diagnóstico probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Osteosarcoma atípico (C40.9)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Depresión reactiva al duelo (F43.21)
  - Estrés postraumático (F43.10)

Plan de atención en Atención Primaria en Salud (APS):

- Atención multidisciplinaria con oncología, psicología, tanatología y trabajo social.
- Garantizar consentimiento informado libre y claro respecto a opciones terapéuticas.
- Evaluar posibilidad de transición a cuidados paliativos si la paciente decide suspender tratamientos agresivos.
- Acompañamiento emocional y espiritual para paciente y familia.
- Promoción del autocuidado y control del dolor.

## Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

<b>Diagnóstico</b>	<b>Criterios compatibles</b>	<b>Argumentos en contra</b>
<b>Osteosarcoma atípico</b>	Confirmado por estudios clínicos y biopsia.	Ninguno.
<b>Depresión reactiva al duelo</b>	Tristeza, anhedonia, pérdida reciente.	No evaluada formalmente.
<b>Estrés postraumático</b>	Trauma por accidente y pérdidas.	Sin síntomas disociativos confirmados.

Análisis ético resumido.

Jessica, con capacidad plena de decisión, manifiesta su deseo de detener la quimioterapia por el sufrimiento físico y emocional que conlleva. Su madre insiste en continuar el tratamiento.

Dilema ético:

Respetar la autonomía de Jessica o priorizar la prolongación de la vida conforme al deseo familiar.

Principios implicados:

- Autonomía: debe respetarse la decisión informada de la paciente.
- Beneficencia y no maleficencia: evitar el encarnizamiento terapéutico que cause más daño que beneficio.
- Justicia: asegurar acceso equitativo a cuidados paliativos y apoyo emocional.

Conclusión ética:

Se recomienda respetar la decisión de Jessica de suspender el tratamiento oncológico, garantizando acompañamiento integral mediante cuidados paliativos, atención psicológica y apoyo familiar. Este enfoque preserva su dignidad, autonomía y bienestar, priorizando una atención humanizada y compasiva.

# EMI - TRANSTORNO DE PERSONALIDAD OBSESIVO COMPULSIVO - LI

Nombre: Melina Lara

Edad: 25 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Licenciatura trunca en diseño

Ocupación: Ayuda en el negocio familiar (tienda de abarrotes)

Estado civil: Soltera

Lugar de residencia: Ciudad de México, vive con sus padres y dos hermanos mayores

Objetivos de aprendizaje:

- Reconocer la importancia del modelo biopsicosocial en la valoración de la salud
- Identificar características clínicas de los trastornos de personalidad (especialmente el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva y el trastorno de personalidad dependiente).
- Diferenciar síntomas psiquiátricos secundarios de trastornos primarios.
- Aplicar el modelo de Atención Primaria en Salud en un caso complejo con múltiples determinantes sociales.
- Desarrollar empatía clínica y habilidades de entrevista centradas en la persona

Diagnóstico: Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva (TPOC) No está en tratamiento actual.

---

Motivo de consulta:

Melina acude a consulta por recomendación de su madre debido a dolor abdominal recurrente, estreñimiento severo, episodios de gastritis y cefaleas tensionales casi diarias. También menciona sentirse "cansada, abrumada y sin rumbo"

---

Historia clínica (Interrogatorio):

Dimensión Biológica:

- Trastornos gastrointestinales desde hace 2 años: estreñimiento crónico, gastritis (diagnosticada por endoscopia hace 6 meses), y cefaleas tensionales, que aumentan en momentos de presión o toma de decisiones importantes.
- Sueño no reparador, disminución del apetito.
- Se lava las manos constantemente antes de cualquier comida o de tocar cualquier objeto en la tienda. Usa guantes y cubrebocas, y limpia cada producto cada 30 minutos.
- Rutina estricta: se despierta a las 7:00 a.m. y desayuna lo mismo todos los días (jugo verde, huevo estrellado con la yema bien cocida, un tocino y tres palitos de apio). Almuerzo a las 3:00 p.m., cena a las 7:00 p.m. y se acuesta a las 10:00 p.m.
- No antecedentes patológicos crónicos. No alergias. Ciclo menstrual regular
- IMC dentro del rango normal. Sin signos de alarma orgánica en la exploración física.

Dimensión Psicológica:

- Refirió síntomas ansiosos y depresivos: preocupación excesiva por el futuro, baja autoestima, dificultad para disfrutar actividades, episodios de llanto, fatiga constante y pensamientos de insuficiencia personal.
- Muestra rasgos dependientes: dificultad para tomar decisiones sin aprobación externa, miedo a equivocarse, sensación de no poder valerse por sí misma, necesidad constante de validación externa.

Dimensión Psicológica:

- Alta autoexigencia, perfeccionismo, rigidez en sus hábitos, dificultad para delegar tareas.
- Ideas centrales de "deber ser": "si no lo hago perfecto, soy un fracaso" "no debo decepcionar a mis padres", "mi valor está en cumplir con lo que esperan de mí"
- Ordena los productos de la tienda con meticulosidad, los clasifica por categoría.
- Su horario de trabajo es de 9:00 a.m. a 3:00 p.m. En su tiempo libre prefiere leer libros o escombrar la casa, en lugar de salir con amigos.
- No gasta dinero en antojos, ropa o cosas que le generen placer inmediato.

Dimensión Social:

- Vive con una familia de valores tradicionales, altamente controladora y rígida, especialmente por parte del padre y hermanos.
- Su proyecto de vida (seguir su carrera y vivir sola) fue desalentado por su familia; abandonó la carrera para "ser útil en casa"
- Tiene pocos vínculos sociales fuera del entorno familiar. Siente culpa al intentar tomar decisiones.
- El entorno social refuerza la idea de que su papel es obedecer, cuidar a los suyos y "no causar problemas"
- Aunque algunos chicos han mostrado interés romántico en ella, no acepta a cualquiera; tiene un ideal específico y no es flexible ante ello
- Tiene miedo a involucrarse afectivamente por temor a romper con las expectativas familiares.

---

Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

<b>Dimensión</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Intervención sugerida</b>
<b>Biológica</b>	Gastritis, estreñimiento, cefaleas. Sueño no reparador. Rutina alimentaria y de higiene excesivamente estructurada.	Tratamiento sintomático. Revisión de hábitos alimenticios. Promoción de la higiene del sueño y manejo del estrés. Derivación a nutrición y medicina interna si persisten síntomas. Evaluar conductas repetitivas que interfieran con su bienestar.
<b>Psicológica</b>	Trastorno de personalidad, ansiedad, síntomas depresivos, rigidez cognitiva, perfeccionismo. Conductas evitativas ante el placer.	Evaluación por salud mental. Psicoterapia centrada en esquemas cognitivos disfuncionales. Técnicas de relajación. Terapia basada en la aceptación y compromiso. Validación emocional.
<b>Social</b>	Entorno familiar rígido y controlador. Aislamiento. Rol de género restrictivo. Idealización de pareja. Dificultad para explorar su vida afectiva.	Intervención familiar en caso posible. Empoderamiento desde la APS. Talleres psicoeducativos y de autonomía. Trabajo en red con servicios sociales. Establecimiento de vínculos protectores externos.

---

Diagnóstico probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva (CIE-11 6D10)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Trastorno de personalidad dependiente (CIE-11 6D70)
  - Trastorno de ansiedad generalizada (CIE-11 6B00)
  - Trastorno depresivo leve (CIE-11 6A70)

Plan de atención en Atención Primaria en Salud (APS):

- Escucha activa y no juzgamiento durante la teleconsulta
- Intervención breve cognitivo-conductual en consulta
- Referencias y contrarreferencias
- Psicoeducación
- Promoción de la salud

---

Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

<b>Diagnóstico</b>	<b>Criterios compatibles</b>	<b>Argumentos en contra</b>
<b>T. personalidad obsesivo-compulsiva</b>	Perfeccionismo, rigidez, orden excesivo, autoexigencia	Tiene elementos de dependencia emocional
<b>T. personalidad dependiente</b>	Necesidad de aprobación, miedo al rechazo, dificultad para decidir	No se observa sumisión pasiva ni fantasía de cuidado
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	Preocupación excesiva, insomnio	No es el foco primario; es secundario a su personalidad
<b>Episodio depresivo leve</b>	Ánimo bajo, fatiga, llanto ocasional	No hay anhedonia persistente ni síntomas cardinales suficientes

---

Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Qué factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la decisión médica?
- ¿Cómo manejar el consentimiento informado en una menor con capacidad decisional?
- ¿Qué alternativas terapéuticas son aceptables desde una perspectiva ética?
- ¿Cuál es el rol del médico frente al conflicto entre paciente y familia?
- ¿Qué apoyos comunitarios o institucionales podrían activarse?

# FM - TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR - LI

Nombre: Alejandra Posada López

Edad: 25 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Licenciatura en Administración de Empresas

Ocupación: Desempleada

Estado civil: Soltera

Lugar de residencia: Ciudad de México

Objetivos de aprendizaje:

- Ejemplificar la relación entre los niveles de la taxonomía de la información y la toma de decisiones.
- Ejemplificar la dinámica de la conversión del conocimiento como parte del razonamiento clínico.
- Deducir los conceptos esenciales, limitaciones y fortalezas de la taxonomía de la información en escenarios clínicos.
- Ejemplificar las barreras de comunicación que limitan el intercambio de información.
- Justificar la importancia de los estándares para la comunicación efectiva en medicina.

Diagnóstico principal: Episodio depresivo (CIE-11 6A70)

---

Motivo de consulta:

Femenina que se presenta a la consulta de primer nivel de atención por presentar tristeza.

---

Historia clínica (Interrogatorio):

Dimensión Biológica:

- Antecedentes crónicos: Antecedentes heredofamiliares (hipertensión arterial en abuela paterna). Episodio depresivo hace 2 años, no requirió internamiento, sin embargo, recibió tratamiento con citalopram de 20 mg durante un año y clonazepam solución 2.5 mg por un mes.
- Anhedonia y sentimientos de tristeza desde hace 3 meses.
- Signos clínicos: FC 67 lpm, FR 17 rpm, temperatura 36.4°C, peso 45 kg, talla 156 cm, IMC 18.5 kg/m<sup>2</sup>, TA 100/70 mmHg, saturación de O<sub>2</sub> 93%. Estado general: consciente, estado de alerta disminuido, orientada en persona y lugar; palidez de tegumentos, mucosas mal hidratadas. Postura encorvada, evita el contacto visual, bradilalia y bradipsiquia; movimientos lentos, higiene personal adecuada, pero descuidada en el peinado se encuentra descuidado. paciente muestra afecto deprimido y ánimo bajo. Se observa disminución del interés y la motivación, pensamientos negativos y disgusto por la fatiga y falta de energía. No se identifican alteraciones en la percepción (alucinaciones o delirios). Cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen con peristalsis presente, blando, depresible, sin dolor a la palpación, sin datos de irritación peritoneal. Miembros superiores e inferiores íntegros, con pulsos presentes, sin edema; no se observan cicatrices de autolesión, movimientos lentos en los cuatro miembros.

- Hábitos: Alimentación inadecuada en cantidad y calidad desde hace 2 meses (consume 1-2 comidas al día, baja en proteínas, hidratos de carbono, grasas y agua). Astenia y dificultad para conciliar el sueño desde hace 2 meses (duerme en promedio 3 horas al día). Habita en casa de sus padres, baño y cambio de ropa cada tercer día, dificultad para realizar las actividades cotidianas. Tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías negadas. Disfrutaba de correr y ver películas con sus padres en los tiempos libres hasta hace 3 meses que dejó de realizar estas actividades.
- Alergias: Negadas.
- Antecedentes gineco-obstétricos: menarca y pubarca a los 12 años. Fecha de Última Menstruación: 17 de septiembre, ciclos menstruales regulares que duran 2-7 días, cada 28-35 días, dismenorrea ocasional que cede con el uso de AINES; Inicio de vida sexual (IVSA) a los 19 años, uso de preservativos como método de planificación familiar, niega enfermedades de transmisión sexual.

#### Dimensión Psicológica:

- Preocupación extrema por conseguir un trabajo, ya que fue despedida derivado del bajo desempeño laboral y la ausencia constante.
- Sentimiento de culpabilidad porque no apoya económicamente a sus padres desde hace 3 meses, es hija única.
- Disminución de la motivación y el interés por realizar actividades cotidianas o que disfrutaba realizar.
- Cambios negativos en los hábitos alimentarios y de sueño causados por la tristeza que manifiesta.
- Sentimiento de incapacidad por lograr sus metas.

#### Dimensión Social:

- Habita con sus padres en la Ciudad de México, cuenta con los servicios básicos (agua de abastecimiento público, agua potable, luz, gas, internet, alumbrado público, drenaje, seguridad pública).
- Trabajó en una empresa de distribución de equipos de cómputo, sin embargo, su entorno laboral se vio afectado por el desempeño bajo que presentó y el ausentismo laboral; se aisló de sus compañeros durante los últimos seis meses.
- Hábitos sociales: no consume alcohol, no fuma ni consume sustancias tóxicas; pero se encierra en su habitación durante largas horas, por lo cual convive poco con sus padres.
- Vínculo familiar afectado desde que fue despedida del trabajo.
- Religión católica, que puede influir en su sistema de valores y toma de decisiones.
- Escolaridad licenciatura (Administración de Empresas) que puede facilitar el acceso a la información y permitirle tomar decisiones en situaciones de incertidumbre.

Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

<b>Dimensión</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Intervención sugerida</b>
<b>Biológica</b>	<p>Esposo depresivo hace <math>\geq 2</math> años que fue tratado con citalopram y clonazepam. Síntomas depresivos desde hace 3 meses que se agudizaron por haber perdido el empleo.</p> <p>Duerme poco, se levanta de madrugada, taquicardia, angustia y dificultades para conciliar el sueño.</p>	<p>Valoración clínica integral + riesgo suicida/violencia</p> <p>Reevaluar diagnóstico y tratamiento farmacológico (ajustar dosis, evitar dependencia BZD)</p> <p>Derivar Psiquiatría si precisa</p> <p>Monitoreo efectos adversos e ideación suicida</p> <p>Higiene del sueño y alimentación</p>
<b>Psicológica</b>	<p>Preocupación extrema por conseguir un trabajo, ya que fue despedido derivando del bajo desempeño laboral y la ausencia constante.</p> <p>Sentimiento de culpabilidad porque no apoya económicamente a sus padres desde hace 3 meses.</p> <p>Ideación suicida pasiva la última semana sin plan ni conducta.</p> <p>Cambios cognitivos en los últimos 3 meses: concentración, memoria y ánimo bajo.</p> <p>Sentimientos de incapacidad por lograr sus metas.</p>	<p>Psicoterapia cognitivo-conductual individual</p> <p>Reestructurar culpa/desesperanza, activación conductual</p> <p>Técnicas de búsqueda laboral y manejo de estrés</p> <p>Educación en depresión y autocuidado</p> <p>Metas pequeñas y realistas</p>
<b>Social</b>	<p>Trabajó en una empresa de distribución de repuestos de computadoras, sin embargo, su entorno laboral se vio afectado por el desempeño bajo que presentó en los últimos años laborales.</p> <p>Se aisló de sus compañeros durante los últimos seis meses.</p> <p>Se aisló en su habitación durante la pandemia, por lo cual convive poco con sus padres.</p> <p>Vínculo familiar afectado desde que fue despedido del trabajo.</p> <p>Escolaridad licenciatura (Administración de Empresas) que puede facilitar el acceso a la información y permitirle tomar decisiones en situaciones de incertidumbre.</p>	<p>Orientación y apoyo familiar (mejorar comunicación)</p> <p>Romper aislamiento: rutina diaria, salida de la habitación</p> <p>Ayuda activa en búsqueda de empleo (CV, entrevistas, redes)</p> <p>Vincular a redes comunitarias/religiosas si aplica</p> <p>Fomentar recreación y contacto social</p>

### Diagnóstico probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
    - Episodio depresivo (CIE-11 6A70)
    - Trastorno Depresivo Mayor recurrente (DSM-5 296.3X)
    - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado (CIE-11 6A71.1)
  - Diagnósticos diferenciales a considerar:
    - Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo (CIE-11 6B43)
    - Trastorno de ansiedad generalizada (CIE-11 6B00)
    - Trastorno mixto de ansiedad y depresión (CIE-11 6A73)
    - Trastorno adaptativo con ánimo depresivo (CIE-11 6B43)
    - Trastorno bipolar tipo I o II (CIE-11 6A60 / 6A61)
    - Trastorno ciclotímico (CIE-11 6A63)
    - Trastorno depresivo persistente (distimia) (CIE-11 6A72)
- 

### Plan de atención en Atención primaria en Salud (APS)

- Estabilizar el cuadro y restablecer hábitos saludables al revalorar las indicaciones farmacológicas (referir a Psiquiatría para posible ajuste o inicio de otro tratamiento).
  - Indicar higiene del sueño (rutinas, evitar pantallas antes de dormir, regularizar horarios).
  - Recomendaciones nutricionales: comidas fraccionadas, hidratación adecuada, apoyo familiar en la preparación de alimentos.
  - Promover actividad física ligera (caminar 20-30 min al día).
  - Fortalecer el afrontamiento emocional y reducción de los síntomas depresivos: referir a Psicología Clínica para iniciar terapia cognitivo-conductual, identificar y trabajar pensamientos de culpa e incapacidad.
  - Fomentar reconexión con actividades placenteras y sociales de forma gradual.
  - Entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas y manejo del estrés.
  - Incluir a los padres en sesiones de orientación familiar para promover diálogo abierto y la comprensión de la enfermedad.
-

## Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cómo diferenciar un episodio depresivo de otros trastornos del estado de ánimo?

<b>Diagnóstico</b>	<b>Criterios compatibles</b>	<b>Argumentos en contra</b>
<b>Trastorno mixto ansioso-depresivo</b>	Síntomas de ansiedad y depresión coexistentes, ninguno predomina o cumple criterios específicos.	En el episodio depresivo, los síntomas depresivos son más marcados.
<b>Trastorno bipolar tipo I o II</b>	Presencia de episodios de manía o hipomanía, alternados con depresión. En tipo II, los episodios maníacos son leves (hipomanía).	En el episodio depresivo no hay antecedentes de manía o hipomanía.
<b>Trastorno adaptativo con ánimo depresivo</b>	Estado de tristeza o desánimo directamente relacionado con un estresor identificable (pérdida, conflicto, cambio importante). Dura menos de 6 meses tras el evento.	En el episodio depresivo, la intensidad y duración exceden la respuesta esperada ante el estresor.
<b>Trastorno ciclotímico</b>	Cambios crónicos del ánimo con periodos de síntomas depresivos leves y de hipomanía, sin cumplir criterios completos de ninguno.	En la depresión, los síntomas son más intensos y sostenidos.
<b>Trastorno depresivo persistente (distimia)</b>	Ánimo depresivo crónico de baja intensidad, presente al menos 2 años.	En el episodio depresivo los síntomas son más intensos, pero de duración limitada. En este caso, el episodio anterior hace 2 años fue tratado; no ha persistido durante ese tiempo hasta este episodio nuevo.

## Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Cuáles son los criterios diagnósticos que permiten confirmar un episodio depresivo de acuerdo la CIE-11 en esta paciente?
- ¿Qué factores psicosociales y ambientales contribuyen a la aparición o exacerbación del episodio depresivo en esta paciente?
- ¿Cómo influye la pérdida del empleo y el aislamiento social en el curso de la enfermedad?
- ¿Qué medidas de atención primaria en salud podrían implementarse para mejorar el bienestar emocional de la paciente?
- ¿Qué criterios permitirían evaluar la mejoría clínica de la paciente en consultas subsecuentes?

# FM - SUPERVISIÓN Y CUIDADO DE UN LACTANTE SANO - LI

Nombre: Adrián Linares Rocha

Edad: 6 meses y 3 días

Sexo: Masculino

Lugar de nacimiento y residencia: Ciudad de México

Objetivos de aprendizaje:

- Realizar de manera eficiente el proceso de recuperación de información en los recursos de la Biblioteca Médica Digital.
- Identificar los términos MeSh de los hallazgos clínicos relevantes en un escenario clínico.
- Realizar búsquedas estratégicas en las herramientas de la Biblioteca Médica Digital, hasta obtener un capta coherente.
- Recuperar información clínica basada en evidencia.
- Justificar la importancia de los estándares para la comunicación efectiva en medicina.

Diagnóstico principal: Supervisión y cuidado de lactante sano (CIE-11 QE51.0)

---

Motivo de consulta:

Lactante traído por la madre que no tiene saciedad con la leche materna, por lo que existe preocupación acerca de su crecimiento y desarrollo.

---

Historia clínica (Interrogatorio):

Dimensión Biológica:

- Antecedentes crónicos: Nombre de la madre: Liliana Linares Rocha, escolaridad de: (bachillerato concluido), ocupación (secretaria), estado civil (casada). Antecedentes heredofamiliares (hipertensión arterial en abuela materna y diabetes tipo 2 en tío paterno). Antecedentes prenatales: G1, P2, C0, A0. Sin complicaciones durante el embarazo. Antecedentes perinatales: Nacido a las 38 semanas de gestación; peso 2.6 kg, talla 49 cm, PC 33 cm, APGAR 9/9; no requirió maniobras de reanimación. Lactancia materna a partir del posparto. Se realizó tamiz neonatal, sin hallazgos anormales. Presentó fiebre posterior a la aplicación de vacunas a los 4 meses, remitida con medios físicos.
- Signos clínicos: Estado general: activo, alerta, adecuado contacto visual, responde a los estímulos, sostén cefálico, se sienta con apoyo, sonrisa social y balbuceo presente. Piel íntegra, sin cianosis peribucal o ictericia. Fontanela anterior normotensa, fontanela posterior cerrada; suturas craneales sin abombamientos ni depresiones. Cabello, ojos, nariz y boca sin alteraciones. Mucosas bien hidratadas. FC 129 lpm, FR 40 rpm, temperatura 36.7°C; peso 7.8 kg, talla 68 cm, perímetro cefálico 43 cm. Movimientos y ruidos cardiorrespiratorios presentes. Abdomen con peristalsis presente, blando, depresible, no doloroso, sin megalias. Genitales acordes con la edad y sexo. Reflejo de Moro negativo, búsqueda negativo, succión negativo, prensión palmar negativo; Babinski presente.

### Dimensionémosles biológica

- Hábitos: Lactancia materna a libre demanda e inicio de alimentación complementaria a base de papilla de manzana y uso de leche de fórmula. Consumo de 1-2 vasos de cerveza en las reuniones familiares.
- Alergias: Negadas.
- Antecedentes andrológicos: circuncisión durante la primera semana de nacimiento.

### Dimensión Psicológica:

- Ansiedad de la madre por conocer si su bebé está creciendo correctamente porque no sacia el hambre con leche materna, por lo que se le proporcionan papillas de manzana y leche de fórmula.
- Preocupación de la madre por el inicio de alimentos sólidos en el bebé.
- Consumo social de 1-2 vasos de cerveza en reuniones familiares.

### Dimensión Social:

- Habita con su esposo en casa propia de la Ciudad de México, cuenta con los servicios de agua potable, agua de abastecimiento público, luz, gas, internet, alumbrado público, drenaje, seguridad pública.
- Entorno laboral: trabajo administrativo en una empresa de servicio dental, que puede implicar estrés por horarios extendidos o responsabilidades de venta.
- Hábitos sociales: consumo de alcohol social en reuniones familiares, sin llegar a embriaguez, que puede implicar conductas de riesgo para la madre, el lactante, pareja y familia si se aumenta el consumo y periodicidad de consumo.
- Vínculo familiar cercano entre familiares y buena relación de pareja; que apoya a la comunicación y confianza.
- Religión católica, que puede influir en su sistema de valores.
- Escolaridad básica (bachillerato concluido), lo que puede influir en el acceso a información sobre salud y autocuidado; así como en la toma de decisiones.

---

### Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

Dimensión	Hallazgos	Intervención sugerida
<b>Biológica</b>	Saciedad afectada, inicio de ablactación, uso de fórmula infantil, supervisión del crecimiento y desarrollo del lactante. Toma de alcohol de forma social por la madre. Fiebre posterior a vacunas a los 4 meses.	Evaluar técnica y frecuencia de lactancia materna Vigilar signos de reflujo/intolerancia/alergias/digestivos Orientar dieta, vigilar alergias e intolerancias Promover lactancia materna exclusiva y preparación correcta de fórmula Evaluar hitos del desarrollo Orientar riesgos del alcohol en lactancia materna y exposición indirecta al lactante Explicar efectos secundarios vacunas + medidas de apoyo Indicar cuándo pedir ayuda médica

Dimensión	Hallazgos	Intervención sugerida
<b>Psicológica</b>	<p>Ansiedad materna por saciedad del bebé y uso de papillas/fórmula</p> <p>Preocupación por inicio de alimentos sólidos</p> <p>Consumo social de alcohol (1-2 vasos de cerveza en reuniones)</p>	<p>Educación intensiva sobre patrones normales de alimentación/señales de hambre-saciedad</p> <p>Explicar que la introducción de sólidos es gradual</p> <p>Reafirmar confianza y competencia materna</p> <p>Identificar necesidades del bebé</p> <p>Orientación clara para evitar consumo de alcohol durante toda la lactancia</p>
<b>Social</b>	<p>Horarios laborales que pueden incrementar el estrés materno</p>	<p>Establecer rutinas de autocuidado: dormir cuando sea posible, alimentación e hidratación, relajación, actividad física</p> <p>Promover apoyo social activo (pareja, padres, familiares, amigos)</p>

Diagnóstico probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Supervisión y cuidado de lactante sano (CIE-11 QE51.0)
  - Otro contacto especificado con los servicios de salud asociado con la salud de otros (CIE
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Problema con la alimentación del lactante (CIE 11- MG43.30)
  - Supervisión o atención médica o de enfermería de lactante sano en circunstancias tales como enfermedad materna (CIE-11 QC2Y)
  - Depresión posparto (CIE-11 6A70)

Plan de atención en Atención primaria en Salud (APS)

- Supervisión del crecimiento y desarrollo periódico del lactante. Realizar controles periódicos según la edad del bebé (peso, talla, perímetro cefálico). Evaluar los hitos del desarrollo psicomotor y del lenguaje.
- Registrar y comparar con curvas de crecimiento estándar.
- Facilitar la información necesaria para que la madre pueda alimentar adecuadamente a su bebé, vigilar necesidades en el crecimiento y desarrollo del lactante. Enseñar técnicas correctas de lactancia y extracción de leche materna e identificar signos de desnutrición o alergias alimentarias.
- Apoyar a la madre para establecer estrategias que disminuyan el estrés y ansiedad.
- Asegurar una vacunación completa y manejo de la fiebre o datos de alarma.
- Orientación sobre el consumo de alcohol y los efectos que provoca en el lactante.

Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: Tomando como base el crecimiento y desarrollo del lactante, la alimentación, los signos de alarma y el estado emocional de la madre, ¿Cuáles serían los posibles diagnósticos diferenciales que podrían explicar la situación del bebé y la madre?

<b>Diagnóstico</b>	<b>Criterios compatibles</b>	<b>Argumentos en contra</b>
<b>Trastornos nutricionales</b>	Problemas en la saciedad del lactante.	Peso, talla, perímetro cefálico en rangos normales, sin datos de enfermedades presentes. No hay presencia de alergias o intolerancia alimentarias.
<b>Reacción postvacunal</b>	Fiebre posterior a la vacunación de los 4 meses.	No se evidenciaron complicaciones graves derivado de la vacunación.
<b>Alergia a la proteína de la leche de vaca</b>	Uso de fórmula infantil.	Posiblemente exista una técnica inadecuada en la lactancia materna.
<b>Depresión posparto</b>	Ansiedad de la madre por conocer si su bebé está creciendo correctamente porque no sacia el hambre con leche materna, consumo de alcohol de forma social 1 a 2 cervezas).	No cumple con los criterios del DSM -V, los cuales inician en el embarazo o en las primeras cuatro semanas posteriores al parto. No coexiste irritabilidad o síntomas obsesivo-compulsivos relacionados con el bebé.

---

#### Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Cuáles son los hitos del crecimiento y desarrollo que se deben evaluar en un lactante de 6 meses?
- ¿Cuáles son las recomendaciones actuales sobre lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria?
- ¿Cómo se orienta a una madre ante los signos de alarma o efectos secundarios ocasionados por la vacunación?
- ¿Qué factores de riesgo biológicos maternos podrían afectar la salud y desarrollo del un lactante?
- ¿Cómo identificar signos de desnutrición o intolerancia alimentaria en el lactante?
- ¿Qué estrategias educativas se pueden implementar para asegurar una adecuada alimentación del bebé?
- ¿Qué importancia tiene establecer una relación médico-paciente para la toma de decisiones que beneficien a la madre y al lactante?
- ¿Qué señales sugieren que la madre podría estar experimentando ansiedad o incluso una depresión posparto?
- ¿Qué factores de apoyo familiar o pueden favorecer la salud materna y del lactante?
- ¿Cómo influye la educación sobre el consumo de alcohol en la prevención de riesgos para el lactante?



# CASOS INSTRUMENTADOS EN SEGUNDO AÑO



# EMI - CIRROSIS HEPÁTICA - LI

Nombre: Inés Hernández G

Edad: 17 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Bachillerato en curso

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltera

Lugar de residencia: Guadalupe, Nuevo León

Objetivos de aprendizaje:

- Reconocer los elementos éticos involucrados en la toma de decisiones clínicas frente a conflictos de interés.
- Aplicar el enfoque centrado en la persona en adolescentes con enfermedades crónicas avanzadas.
- Identificar implicaciones del consentimiento informado en menores de edad.
- Analizar el papel de la familia y la autonomía del paciente en decisiones complejas.

Diagnóstico principal: Cirrosis hepática. No está en tratamiento actualmente.

---

Motivo de consulta:

Dolor agudo en hipocondrio derecho con 2 horas de evolución, tipo punzante, EVA 8/10, agravado por ingesta de alcohol.

Se acompaña de fatiga, fotofobia, náuseas y cefalea.

---

Historia clínica (Interrogatorio):

Dimensión Biológica:

- Diagnóstico previo de cirrosis hepática. Antecedentes familiares con misma patología.
- Signos clínicos: llenado capilar de 3 segundos, signo de Godet ++, ictericia, amenorrea de 5 meses, ascitis y signo de rebote positivo.
- Consumo de alcohol de 1 a 3 veces por semana con embriaguez.
- Dieta alta en grasas y carbohidratos. Sedentarismo.
- Antecedente de sífilis y síndrome de ovario poliquístico. Fecha de Última
- Menstruación: 20 de abril del año en curso.

Dimensión Psicológica:

- Posible conflicto emocional por enfermedad avanzada y presión familiar para someterse a trasplante.
- Edad vulnerable con necesidad de autonomía creciente.
- Inicio de vida sexual a edad temprana, múltiples parejas, posible exposición a factores de riesgo emocional.

Dimensión Social:

- Familia involucrada activamente en decisiones médicas. Conflicto entre madre (a favor del trasplante) e hija (rechazo).
- Padre en desacuerdo, expresa enojo, propone cambios conductuales como única solución.
- Religión católica. Vivienda adecuada sin hacinamiento.

Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

<b>Dimensión</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Intervención sugerida</b>
<b>Biológica</b>	Dolor agudo en hipocondrio derecho, ictericia, ascitis, signo de rebote positivo, amenorrea, diagnóstico de cirrosis hepática y SOP.	Tratamiento sintomático para el dolor y náuseas. Revisión de hábitos (suspensión total de alcohol, dieta adecuada). Derivación a hepatología para evaluar trasplante hepático. Estudios de laboratorio para monitoreo hepático. Promoción de la adherencia al tratamiento.
<b>Psicológica</b>	Conflicto familiar respecto al trasplante, posible estrés emocional por oposición al tratamiento.	Derivación a psicología para manejo del estrés y apoyo en la toma de decisiones. Fomentar la comunicación abierta entre la paciente y su familia.
<b>Social</b>	Dinámica familiar conflictiva, oposición de la paciente al trasplante, enojo del padre, madre promotora del tratamiento.	Mediación familiar para alinear expectativas y decisiones. Educación sobre la enfermedad y el trasplante para facilitar la toma de decisiones a la paciente. Promoción de apoyo social externo (grupos de apoyo).

Diagnóstico probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Cirrosis hepática (K74.6)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - a. Hepatitis alcohólica (K70.1)
  - b. Síndrome de abstinencia alcohólica (F10.3)
  - c. Insuficiencia hepática aguda (K72.0)

Plan de atención en Atención Primaria en Salud (APS):

1. Abordaje multidisciplinario con trabajo social, salud mental, hepatología y ética médica.
2. Asegurar comprensión del diagnóstico y opciones terapéuticas.
3. Psicoeducación sobre riesgos y beneficios del trasplante.
4. Intervención familiar para resolver el conflicto.
5. En caso de mantener negativa, respetar la voluntad de la paciente conforme a la ley.

## Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

<b>Diagnóstico</b>	<b>Criterios compatibles</b>	<b>Argumentos en contra</b>
<b>Cirrosis hepática</b>	Ictericia, ascitis, antecedentes familiares, hábitos de riesgo, hallazgos clínicos.	Confirmado con clínica y antecedentes.
<b>Hepatitis alcohólica</b>	Consumo reciente, dolor hepático, ictericia.	Diagnóstico crónico ya establecido.
<b>Síndrome de abstinencia alcohólica</b>	Consumo frecuente de alcohol.	No se reportan signos de abstinencia.
<b>Insuficiencia hepática aguda</b>	Compromiso sistémico, dolor, ictericia	Evolución sugiere cronicidad

---

## Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Qué factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la decisión médica?
- ¿Cómo manejar el consentimiento informado en una menor con capacidad decisional?
- ¿Qué alternativas terapéuticas son aceptables desde una perspectiva ética?
- ¿Cuál es el rol del médico frente al conflicto entre paciente y familia?
- ¿Qué apoyos comunitarios o institucionales podrían activarse?

# EMI - REFLUJO GASTROESOFÁGICO - LI

Nombre: Juan Diego de Jesús Hernández Gómez

Edad: 35 años

Sexo: Masculino

Escolaridad: Secundaria inconclusa

Ocupación: Trabajo administrativo en una paquetería

Estado civil: Unión libre

Lugar de residencia: Metztitlán, Hidalgo

Objetivos de aprendizaje:

- Reconocer los elementos éticos involucrados en el razonamiento diagnóstico frente a diagnósticos diferenciales.
- Aplicar el enfoque centrado en la persona en pacientes con enfermedades gastrointestinales.
- Identificar implicaciones del diagnóstico de reflujo gastroesofágico en la calidad de vida.
- Analizar el papel de los hábitos de vida y el entorno social en la presentación clínica.

Diagnóstico principal: Reflujo gastroesofágico (K21.0). No está en tratamiento actualmente.

---

Motivo de consulta:

Dolor agudo torácico con 30 minutos de evolución, tipo urente, con irradiación hacia tórax superior y cuello, EVA 9-10/10, sin agravantes ni atenuantes. Se acompaña de náuseas, cefalea, dolor al tragar, tos, ortopnea y disfagia.

---

Historia clínica (Interrogatorio):

Dimensión Biológica:

- Dolor torácico agudo, urente, con irradiación a tórax superior y cuello, intensidad 9-10/10, acompañado de náuseas, cefalea, dolor al tragar, tos, ortopnea y disfagia.
- Signos vitales: taquicardia (125 lpm), temperatura 37.8°C.
- Endoscopia: esofagitis, hiperemia del esófago, compatible con reflujo gastroesofágico.
- Imagen: exceso de gas intestinal.
- Antecedentes heredo-familiares: abuelos maternos y paternos fallecidos por diabetes e hipertensión; padre con diabetes mellitus tipo 2 (DM2); madre con hipertensión y DM2.
- Antecedentes personales no patológicos: dieta alta en grasas, sedentarismo, consumo social de alcohol (sin embriaguez), higiene adecuada, tabaquismo negado.
- Antecedentes andrológicos: inicio de vida sexual a los 15 años, 3 parejas sexuales, uso de método anticonceptivo de barrera, sin hijos.
- Sin enfermedades crónico-degenerativas, hospitalizaciones, traumatismos o transfusiones previas. Sin alergias reportadas.

Dimensión Psicológica:

- No se reportan síntomas psicológicos específicos como ansiedad o depresión en el interrogatorio.
- Posible estrés relacionado con el entorno laboral administrativo, aunque no se detalla explícitamente.
- La presencia de síntomas somáticos intensos (dolor torácico, náuseas, cefalea) podría sugerir una carga psicológica no verbalizada, relacionada con el estilo de vida o responsabilidades laborales.

## Dimensión Social:

- Vive en unión libre en Metztitlán, Hidalgo, en una casa bien ventilada con baño compartido y todos los servicios.
- Entorno laboral: trabajo administrativo en una paquetería, que puede implicar estrés por horarios o responsabilidades.
- Hábitos sociales: consumo de alcohol social en fiestas, sin llegar a embriaguez. Pocos datos sobre vínculos sociales fuera del entorno laboral y familiar.
- Religión católica, lo que podría influir en su sistema de valores y toma de decisiones.
- Escolaridad limitada (secundaria inconclusa), lo que puede influir en el acceso a información sobre salud y autocuidado.

## Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

Dimensión	Hallazgos	Intervención sugerida
<b>Biológica</b>	Dolor torácico urente, náuseas, cefalea, tos, ortopnea, disfagia, taquicardia, esofagitis confirmada por endoscopia, exceso de gas intestinal, dieta alta en grasas, sedentarismo.	Tratamiento sintomático (inhibidores de bomba de protones, antiácidos). Revisión de hábitos alimenticios (reducir grasas, comidas irritantes). Promoción de actividad física. Derivación a gastroenterología para seguimiento endoscópico. Educación sobre reflujo gastroesofágico.
<b>Psicológica</b>	Dolor torácico urente, náuseas, cefalea, tos, ortopnea, disfagia, taquicardia, esofagitis confirmada por endoscopia, exceso de gas intestinal, dieta alta en grasas, sedentarismo.	Derivación a psicología para evaluar posible estrés o ansiedad subyacente. Técnicas de manejo de estrés (relajación, mindfulness). Fomentar la expresión emocional en entrevistas clínicas.
<b>Social</b>	Dinámica familiar conflictiva, oposición de la paciente al trasplante, enojo del padre, madre promotora del tratamiento.	Educación sobre salud y autocuidado adaptada a su nivel educativo. Promoción de apoyo social (involucrar a la pareja en el proceso de tratamiento). Orientación sobre hábitos saludables en el entorno laboral y social.

## Diagnóstico probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Reflujo gastroesofágico (CIE-11 K21.0)
  - Diagnósticos diferenciales a considerar:
    - Infarto agudo de miocardio (CIE-11 I21): Dolor torácico agudo y taquicardia, pero ausencia de irradiación a brazo izquierdo o mandíbula y hallazgos endoscópicos confirman reflujo.
    - Esofagitis eosinofílica (CIE-11 K20): Disfagia y dolor al tragar, pero endoscopia muestra hiperemia compatible con reflujo ácido.
    - Úlcera gástrica (CIE-11 K25): Dolor torácico urente y náuseas, pero endoscopia no reporta ulceraciones.

- Plan de atención en Atención Primaria en Salud (APS):
  - Abordaje multidisciplinario con gastroenterología, nutrición y psicología.
  - Asegurar comprensión del diagnóstico y opciones terapéuticas (tratamiento médico, cambios en el estilo de vida, posible endoscopia de control).
  - Psicoeducación sobre riesgos y beneficios del tratamiento y la importancia de modificar hábitos.
  - Seguimiento regular en medicina familiar para evaluar respuesta al tratamiento y adherencia.
  - Promoción de la salud: participación en actividades físicas y talleres de educación alimentaria.

### Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

<b>Diagnóstico</b>	<b>Criterios compatibles</b>	<b>Argumentos en contra</b>
<b>Reflujo gastroesofágico</b>	Dolor torácico urente, disfagia, tos, ortopnea, endoscopia con esofagitis, pH - metría con reflujo ácido	Confirmado por endoscopia y pH-metría
<b>Infarto agudo de miocardio</b>	Dolor torácico, taquicardia	Ausencia de irradiación a brazo o mandíbula, hallazgos endoscópicos específicos
<b>Esofagitis eosinofílica</b>	Disfagia, dolor al tragar	Endoscopia muestra hiperemia por reflujo ácido, no eosinofilia
<b>Úlcera gástrica</b>	Dolor torácico urente, náuseas	Endoscopia no reporta ulceraciones

### Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Qué factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la decisión médica?
- ¿Cómo manejar el consentimiento informado en una menor con capacidad decisional?
- ¿Qué alternativas terapéuticas son aceptables desde una perspectiva ética?
- ¿Cuál es el rol del médico frente al conflicto entre paciente y familia?
- ¿Qué apoyos comunitarios o institucionales podrían activarse?

# EMI - DENGUE - LI

Nombre: Adriana Andrade Reyes

Edad: 41 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Licenciatura en Servicio Social

Ocupación: Trabajo administrativo en una escuela

Estado civil: Soltera

Lugar de residencia: Zimapán, Hidalgo

Objetivos de aprendizaje:

- Reconocer los elementos éticos involucrados en errores médicos y diagnósticos diferenciales.
- Aplicar el enfoque centrado en la persona en pacientes con síntomas inespecíficos y posibles errores de tratamiento.
- Identificar implicaciones de la prevención en salud pública para enfermedades como el dengue.
- Analizar el papel de la comunicación médica y el manejo de eventos adversos en la atención primaria.

Diagnóstico principal: Dengue, sin tratamiento actual y mal diagnóstico de artritis reumatoide

---

Motivo de consulta:

Dolor agudo generalizado de tipo debilitante con 2 días de evolución, EVA 9/10, sin agravantes ni atenuantes. Se acompaña de náuseas y vómito (3 veces ayer), fiebre 38.5 a 40°C cefalea intensa retro ocular irradiada a frontal, artralgia y mialgia severa, astenia (3 días), dolor que condiciona disnea y ortopnea, xerostomía, epistaxis intermitente, hiporexia.

---

Historia clínica (Interrogatorio):

Dimensión Biológica:

- Diagnóstico previo erróneo de artritis reumatoide hace 2 meses, basado en reactantes de fase aguda inespecíficos (VSG, factor reumatoide, PCR).
- Tratamiento previo: metamizol (error por metimazol), prednisona 50 mg/día, metotrexato 7.5 mg cada 96h, con manifestaciones de hipotiroidismo (hormonas tiroideas disminuidas).
- Signos clínicos: FC 125 lpm, temperatura 38.5-40°C, TA 115/75, SO2 88 %, FR 24 rpm; trombocitopenia (135), VSG retardado, anemia microcítica hipocrómica, hiperlipemia mixta, tiempos de coagulación retardados, reactantes positivos, deshidratación inicial, orina concentrada.
- Exploración: eritema maculopapular, pulsos periféricos disminuidos, moteo mínimo en rodillas, llenado capilar retardado 3s, piel seca y áspera (signo del lienzo húmedo), cabello y uñas frágiles, mixedema.
- Antecedentes: alergia a penicilina (administrada a pesar de ello como evento adverso), artritis reumatoide diagnosticada en chequeo.
- Hábitos: dieta alta en grasas, sedentarismo, tabaco esporádico, alcohol social.
- Antecedentes ginecológicos: sin hijos, inicio vida sexual 18 años, 3 parejas, método barrera.

#### Dimensión Psicológica:

- Posible conflicto emocional por error diagnóstico y tratamiento inadecuado, generando desconfianza en el sistema médico.
- Síntomas como astenia, hiporexia y xerostomía podrían reflejar impacto psicológico del dolor crónico y fiebre.
- Edad adulta con responsabilidades laborales, posible estrés por sedentarismo y hábitos no saludables.

#### Dimensión Social:

- Vive en Zimapan, Hidalgo, en casa bien ventilada con baño compartido y todos los servicios, sin hacinamiento.
- Ocupación administrativa en escuela, religión católica, soltera.
- Antecedentes familiares: abuelos fallecidos por diabetes, hipertensión e infarto; padres con DM2 e hipertensión.
- Problemas de comunicación médica: resumen médico negado, recetas ilegibles, prevención en salud pública para dengue. Evento centinela: daño permanente a tiroides por error en medicamento.

---

#### Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

<b>Dimensión</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Intervención sugerida</b>
<b>Biológica</b>	Dolor generalizado, fiebre, náuseas, cefalea, artralgia, mialgia, astenia, disnea, xerostomía, epistaxis, trombocitopenia, anemia, hiperlipemia, reactantes positivos, hipotiroidismo inducido, deshidratación, eritema maculopapular, mixedema.	Confirmación de diagnóstico de dengue y suspensión de medicamentos previos. Rehidratación con SVO a libre demanda. Tratamiento sintomático para dengue. Monitoreo de tiroides y derivación a endocrinología. Estudios de laboratorio para seguimiento. Promoción de adherencia y corrección de errores médicos.
<b>Psicológica</b>	Posible desconfianza por error diagnóstico, estrés por síntomas intensos y tratamiento inadecuado.	Derivación a psicología para manejo de estrés y apoyo emocional. Fomentar la comunicación abierta sobre experiencias médicas previas.
<b>Social</b>	Entorno laboral administrativo, hábitos no saludables, problemas de comunicación médica, prevención insuficiente para dengue, daño permanente por error.	Educación sobre prevención de dengue en salud pública. Mediación para mejorar comunicación médica. Promoción de apoyo social (familia, grupos de apoyo). Orientación sobre derechos del paciente y reporte de eventos adversos.

---

Diagnóstico probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Dengue (A90)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Artritis reumatoide (M06.9): Reactantes positivos, pero error inicial; síntomas virales sugieren dengue.
  - Hipotiroidismo inducido por fármaco (E03.2): Hormonas disminuidas por metimazol erróneo.
  - Infección viral inespecífica (B34.9): Fiebre, dolor, pero trombocitopenia y epistaxis apuntan a dengue.

Plan de atención en Atención Primaria en Salud (APS):

1. Abordaje multidisciplinario con infectología, endocrinología, salud mental y salud pública.
2. Asegurar comprensión del diagnóstico correcto y corrección de errores previos.
3. Psicoeducación sobre dengue, prevención y efectos adversos de medicamentos.
4. Intervención para monitoreo tiroideo y rehidratación.
5. Promover reporte de eventos centinela y mejora en comunicación médica.

Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

<b>Diagnóstico</b>	<b>Criterios compatibles</b>	<b>Argumentos en contra</b>
<b>Dengue</b>	Fiebre, dolor generalizado, trombocitopenia, epistaxis, eritema maculopapular, astenia, náuseas	Confirmado por clínica y contexto epidémico
<b>Artritis Reumatoide</b>	Reactantes positivos, artralgia, mialgia	Síntomas virales agudos, fiebre alta, trombocitopenia no típica
<b>Hipotiroidismo inducido</b>	Xerostomía, piel seca, mixedema, hormonas disminuidas	Secundario a error farmacológico, no primario
<b>Infección viral inespecífica</b>	Fiebre, cefalea, náuseas	Trombocitopenia, epistaxis y moteo sugieren dengue específico

Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Qué factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la decisión médica?
- ¿Cómo manejar el consentimiento informado en una menor con capacidad decisional?
- ¿Qué alternativas terapéuticas son aceptables desde una perspectiva ética?
- ¿Cuál es el rol del médico frente al conflicto entre paciente y familia?
- ¿Qué apoyos comunitarios o institucionales podrían activarse?

# EMI - EVENTO VASCULAR CEREBRAL - LI

Nombre: Mauricio Ávila Pérez

Edad: 35 años

Sexo: Masculino

Escolaridad: No especificada

Ocupación: Guardia de seguridad y control de calidad en una empresa de pinturas

Estado civil: Casado

Lugar de residencia: Pachuca, Hidalgo

Objetivos de aprendizaje:

- Reconocer los elementos éticos involucrados en la toma de decisiones clínicas frente a eventos vasculares cerebrales.
- Aplicar el enfoque centrado en la persona en pacientes con comorbilidades crónicas y factores de riesgo múltiples.
- Identificar implicaciones de la práctica clínica estándar en el manejo agudo de EVC.
- Analizar el papel de los hábitos de vida y el entorno familiar en la prevención y evolución de enfermedades vasculares.

Diagnóstico principal: Evento Vascular Cerebral Hemorrágico. Sin tratamiento actual

---

Motivo de consulta:

Cefalea de cualidad explosiva con 30 minutos de evolución, EVA 9/10, agravada por esfuerzos leves y cambios posicionales, sin atenuantes. Se acompaña de náuseas, vómito, mareo, estado de alerta inicial seguido de estupor.

---

Historia clínica (Interrogatorio):

Dimensión Biológica:

- Antecedentes crónicos: Diabetes Mellitus tipo 2 (8 años de evolución, debut con cetoacidosis) hipertensión Arterial (10 años de evolución, debut con crisis hipertensiva) fibrilación Auricular (hace 2 años)
- Signos clínicos: FC 135 lpm, temperatura 38°C, TA 185/130, SO2 94%, FR 24 rpm; evolución a estupor, vómito en proyectil, debilidad generalizada.
- Hábitos: Sueño insuficiente, dieta alta en grasas y ultraprocesados, sedentarismo, tabaquismo intenso (índice 41.8), alcoholismo (embriaguez 2/7), uso de metanfetaminas (2/7 por 3 años).
- Alergias: Huevo. Medicamentos: Telmisartán y Dapagliflozina. Hospitalizaciones: 3 previas (cetoacidosis, crisis HTA, displasia broncopulmonar al nacimiento).
- Antecedentes andrológicos: Inicio vida sexual 16 años, 8 parejas (3 actuales), método: "circuncisión", 2 hijos.

Dimensión Psicológica:

- Posible estrés emocional por violencia intrafamiliar, sospecha de infidelidad conyugal y problemas de salud mental en hijos (hija borderline, hijo bipolar).
- Adicciones (tabaco, alcohol, metanfetaminas) que podrían indicar mecanismos de coping inadecuados o trastornos subyacentes.
- Evolución clínica a estupor podría reflejar impacto neurológico con posibles secuelas psicológicas.

#### Dimensión Social:

- Vive en Pachuca, Hidalgo, en casa bien ventilada con baño compartido y todos los servicios, sin hacinamiento, con 1 gato (zoonosis).
- Entorno familiar: Violencia intrafamiliar, sospecha de engaño por esposa, 2 hijos con trastornos mentales.
- Ocupación: Guardia de seguridad y control de calidad, posiblemente estresante con turnos que afectan sueño e higiene (baño y cambio de ropa irregular).
- Antecedentes familiares: Abuelos fallecidos por DM, HTA e infarto; madre con HTA

#### Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

<b>Dimensión</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Intervención sugerida</b>
<b>Biológica</b>	Cefalea explosiva, náuseas, vómito en proyectil, mareo, estupor, TA elevada, fiebre, DM2, HTA, fibrilación auricular, adicciones (tabaco, alcohol, metanfetaminas), dieta pobre, sedentarismo.	Manejo agudo de EVC: control de TA, neuroimagen (TAC), soporte vital. Revisión de hábitos (erradicar tabaquismo, alcoholismo y otras drogas). Derivación a neurología/cardiología. Monitoreo glicémico y presión. Promoción de adherencia farmacológica.
<b>Psicológica</b>	Estrés por violencia familiar, sospecha de infidelidad, hijos con trastornos mentales, adicciones como coping.	Derivación a psicología/psiquiatría para manejo de adicciones y estrés. Apoyo en resiliencia y coping saludable. Fomentar comunicación familiar.
<b>Social</b>	Violencia intrafamiliar, entorno laboral estresante, higiene irregular, zoonosis (gato), familia con comorbilidades.	Mediación familiar para resolver conflictos. Educación sobre higiene y prevención de riesgos. Promoción de apoyo social. Orientación laboral para mejorar calidad de vida.

#### Diagnóstico probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Evento Vascular Cerebral Hemorrágico (I61.9)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Evento Vascular Cerebral Isquémico (I63.9)
  - Crisis Hipertensiva (I10 con complicaciones)
  - Intoxicación por metanfetaminas (F15.2)

#### Plan de atención en Atención Primaria en Salud (APS):

- Abordaje multidisciplinario con neurología, cardiología, psiquiatría, trabajo social y rehabilitación.
- Asegurar comprensión del diagnóstico y opciones terapéuticas.
- Psicoeducación sobre riesgos de adicciones y comorbilidades en EVC.
- Intervención familiar para manejar violencia y apoyo a hijos.

## Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

<b>Diagnóstico</b>	<b>Criterios compatibles</b>	<b>Argumentos en contra</b>
<b>Evento Vascular Cerebral Hemorrágico</b>	Cefalea explosiva súbita, vómito en proyectil, TA elevada, fiebre, estupor/coma, evolución rápida, debilidad generalizada	Confirmado por clínica compatible con hemorragia (fiebre, TA muy alta, vómito proyectil)
<b>Evento Vascular Cerebral Isquémico</b>	Cefalea, náuseas, vómito, mareo, hemiparesia, evolución gradual	Ausencia de hemiparesia focal, presencia de fiebre y vómito proyectil no típicos, evolución súbita
<b>Crisis Hipertensiva</b>	TA elevada, cefalea, náuseas, vómito, estupor	Presencia de fiebre, vómito proyectil y debilidad generalizada sugieren daño orgánico mayor (EVC)
<b>Intoxicación por metanfetaminas</b>	Uso reciente, TA elevada, cefalea, náuseas, estupor, fiebre	Historia crónica de HTA/DM/fibrilación, evolución específica a estupor con vómito proyectil apunta a EVC

## Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Qué factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la decisión médica?
- ¿Cómo manejar el consentimiento informado en una menor con capacidad decisional?
- ¿Qué alternativas terapéuticas son aceptables desde una perspectiva ética?
- ¿Cuál es el rol del médico frente al conflicto entre paciente y familia?
- ¿Qué apoyos comunitarios o institucionales podrían activarse?

# FM - ESTADO DE EMBARAZO -LI

Nombre: Daniela Rodríguez Correa

Edad: 28 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Licenciatura

Ocupación: Empleada en Empresa de Gobierno

Estado civil: Unión libre

Lugar de residencia: Ciudad de México

Habla lengua de señas.

Objetivos de aprendizaje:

- Analizar el motivo de consulta para individualizar el proceso de atención
- Describir los pasos del método clínico para resolver un problema médico y los elementos que modifican el método clínico.
- Identificar los cuatro objetivos estratégicos de la Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025 OMS.
- Analizar su rol como profesional de salud en la resolución de problemas.
- Diferenciar los procesos analíticos y no analíticos del razonamiento médico.

Diagnóstico principal: Estado de embarazo (CIE-11 QA41)

---

Motivo de consulta:

Femenina que se presenta a la consulta externa para dar seguimiento al control de su embarazo.

---

Historia clínica (Interrogatorio):

Dimensión Biológica:

- Antecedentes crónicos: Antecedentes heredofamiliares (madre con hipertensión arterial y padre padece diabetes tipo 2).
- Discapacidad auditiva desde el nacimiento; hospitalizaciones, traumáticas, transfusionales y alergia a la penicilina. Fuma 1 a 2 cigarros al día desde los 18 años, suspendido junto con el consumo de alcohol ocasional, al enterarse del embarazo; toxicomanías negadas. Refiere esquema de vacunación completo.
- Antecedentes gineco-obstétricos: Menarca a los 12 años, pubarca a los 12 años. Inicio de Vida Sexual Activa (IVS) a los 16 años, número de parejas sexuales 2, uso de preservativo como método de planificación familiar. Fecha de última menstruación (FUM) de diciembre de 2023.
- Antecedentes perinatales: G1, P0, A0, C0. Realizó prueba casera de embarazo hace 1 mes y posteriormente prueba sanguínea para corroborarlo. Niega infecciones de transmisión sexual o urinarias previas, sin antecedente de amenaza de aborto o parto pretérmino. Niega salida de líquido o sangre, percibe movimientos fetales. Toma ácido fólico y sulfato ferroso. Ha asistido a una consulta médica y se ha realizado un ultrasonido obstétrico.
- Signos clínicos: FC 85 lpm, FR 16 rpm, temperatura 36.7°C, peso 64 kg, talla 168 cm, IMC 22.7 kg/m<sup>2</sup>, TA 110/70 mmHg (segunda toma 110/75 mmHg), saturación de O<sub>2</sub> 95%. Estado general: Consciente, orientada en tiempo, lugar y persona, sin facies característica. Tegumentos con buen estado de hidratación.

- Exploración física: Mucosa orales hidratada, tiroides no palpable, sin ingurgitación yugular. Cardiopulmonar con ruidos cardiacos rítmicos y regulares, sin soplos; campos pulmonares con adecuada ventilación, murmullo vesicular conservado bilateralmente. sin ruidos agregados como sibilancias o estertores. Abdomen globoso a expensas de útero gestante. Fondo uterino a 25 cm, situación longitudinal, dorso a la derecha, presentación cefálica, sin encajamiento. Frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto. Pulsos periféricos presentes y simétricos. No presenta edema en miembros inferiores.
- Signos ecográficos por ultrasonido estructural: 146 latidos por minuto, placenta anterior, de inserción alta, grado I de madurez, sin desprendimientos. Localización: Anterior, de inserción alta. Grado de madurez: Grado I (acorde a la edad gestacional). No se observa placenta previa ni desprendimiento. Índice de líquido amniótico (ILA): 15 cm. Actividad cardiaca y motora conservadas.

#### Dimensión Psicológica:

- Adaptación al embarazo: Existe una etapa de aceptación y vinculación afectiva con el feto, se incluye el hecho de que la madre padece una discapacidad auditiva.
- Muestra responsabilidad y motivación al suspender tabaco y alcohol.
- Estado emocional actual: Estable, con posible ansiedad leve o preocupación normal y comprensible por la gestación y el control tardío de la gestación.
- Preocupación por expresar sus dudas y comprender las indicaciones que se el área de la salud le brindan.
- Los cambios físicos pueden generar inseguridad o necesidad de apoyo emocional.
- Factores personales: Buen juicio, el control prenatal inició de manera tardía; sin embargo, demuestra interés por mantener un autocuidado eficaz para ella y su bebé.
- Vínculo materno-fetal: En proceso de consolidación, reforzado por la percepción de movimientos fetales.
- Preocupación por conocer el estado general de su bebé.

#### Dimensión Social:

- Los antecedentes heredofamiliares de enfermedades crónicas y personales patológicas como la discapacidad auditiva, pueden generar preocupación hereditaria.
- Tiene una red familiar y de pareja probablemente funcional, lo cual representa ser un factor protector.
- Preocupación por ser comprendida por el personal de salud derivado de que se comunica a través de la lengua de señas.

Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

<b>Dimensión</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Intervención sugerida</b>
<b>Biológica</b>	<p>Embarazo 26 semanas.                      Paciente con discapacidad auditiva congénita, alergia a penicilina, tabaquismo y alcohol suspendidos oportunamente.                      Antecedentes familiares: HTA y DMG                      Signos vitales normales, IMC adecuado, vacunación completa, suplementación adecuada, sin infecciones.                      Feto: frecuencia cardíaca normal, placenta anterior alta grado I, líquido amniótico normal, sin malformaciones.</p>	<p>Control prenatal estricto + vigilancia metabólica y tensión arterial                      Mantener suspensión total de tabaco/alcohol                      Continuar suplementación ácido fólico + hierro                      Embarazo de curso normal hasta ahora; seguimiento de riesgo familiar HTA/DM gestacional                      Hábitos y prevención alergia a penicilina documentada</p>
<b>Psicológica</b>	<p>Buena aceptación del embarazo y vínculo afectivo con el feto.                      Ansiedad leve y preocupaciones normales del embarazo.                      Participación activa en controles y autocuidado.</p>	<p>Comunicación adaptada: indicaciones escritas, visuales, atención sensible a discapacidad auditiva                      Reforzar vínculo afectivo y aceptación del embarazo                      Técnicas de relajación y manejo de ansiedad leve                      Educación sobre cambios corporales, autocuidado y apoyo familiar                      Dar seguridad y confianza en desarrollo fetal normal                      Establecer metas de autocuidado alcanzables y seguimiento prenatal continuo</p>
<b>Social</b>	<p>Apoyo de pareja y familia                      Fomenta acompañamiento en decisiones y controles.                      Reducción de preocupaciones gracias al apoyo.</p>	<p>Fortalecer red de apoyo como factor protector                      Incluirlos en consultas y educación prenatal                      Brindar información clara, escrita y en lengua de señas (intérprete si necesario)                      Facilitar comunicación efectiva con equipo de salud                      Preferencia proporcionada de intérprete de lengua de señas en consultas                      Verificar comprensión y resolver dudas en cada visita                      Promover participación activa y reducción de riesgos mediante apoyo continuo</p>

### Diagnóstico probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
    - Estado de embarazo (CIE-11 QA41)
    - Atención o supervisión del embarazo normal, consultas subsecuentes (CIE-11 QA10.1)
  - Diagnósticos diferenciales a considerar:
    - Pseudociosis (embarazo psicológico) (CIE-11 GA34.0)
    - Embarazo con hipertensión gestacional (CIE-11 KA02.0)
    - Preeclampsia (CIE-11 KA02.1)
- 

### Plan de atención en Atención primaria en Salud (APS)

- Procurar un control prenatal regular: Cada mes hasta la semana 28, luego cada 2 semanas hasta la 36 y semanal después.
  - Evaluaciones de rutina: Peso, talla, IMC, presión arterial, altura uterina, latido fetal y movimientos fetales.
  - Estudios complementarios: Biometría hemática, glucosa sérica, examen general de orina, pruebas infecciosas (VIH, VDRL), grupo y Rh, y glucosa poscarga entre las semanas 24-28.
  - Suplementación: con ácido fólico 400 µg/día, sulfato ferroso 60 mg/día, calcio 1,200 mg/día.
  - Vacunación: Tdap, influenza y COVID-19.
  - Explicar los signos de alarma y el autocuidado mediante materiales visuales, pictogramas o videos con intérprete de señas (si se cuenta), o establecer alternativas de apoyo.
  - Garantizar acceso a servicios de referencia obstétrica con intérprete o acompañante capacitado (uso de recursos visuales y lenguaje claro).
- 

- Referencia oportuna: Si se detectan datos de hipertensión gestacional, diabetes gestacional, anemia o infecciones urinarias.
- Aplicar escalas de bienestar o detección de depresión perinatal en formato visual o con intérprete.
- Explicación con intérprete de lengua de señas o personal capacitado.
- Promoción del bienestar emocional: Fomentar técnicas de relajación, respiración y autocuidado.
- Canalización a psicología en caso de ansiedad, aislamiento o temor al parto.
- Involucrar a la pareja o familia para facilitar su participación en consultas y en la comunicación con el equipo de salud.
- Evaluación de las redes de apoyo.
- Promover el acompañamiento durante el parto y el puerperio.

## Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuáles son los diagnósticos principales y los diferenciales que deben ser valorados en esta etapa del embarazo?

<b>Diagnóstico</b>	<b>Criterios compatibles</b>	<b>Argumentos en contra</b>
<b>Pseudociesis (embarazo psicológico)</b>	Aumento del perímetro abdominal.	Síntomas de embarazo (amenorrea, aumento del perímetro abdominal, náuseas) sin gestación real; relacionada con factores psicológicos.
<b>Embarazo con hipertensión gestacional</b> <b>Preeclampsia</b>	Existe la posibilidad de que la paciente presente preocupación, ansiedad e incluso un síndrome de la blanca al no poderse comunicar adecuadamente con el área de la salud derivado de la comunicación que utiliza con lengua de señas y ello impacte en la alteración momentánea de la tensión arterial.	No existen alteraciones de la en una segunda toma de la tensión arterial. Primera toma TA 110/70 mmHg, segunda toma 110/75 mmHg.  Se requiere solicitar estudios de laboratorio adicionales como examen general de orina para constatar la presencia de proteinuria.

## Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Cuáles son los principales factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales que deben considerarse durante el control prenatal de esta paciente?
- ¿Qué estrategias de comunicación y accesibilidad se pueden implementar en el primer, segundo y tercer nivel de atención para asegurar la comprensión y adherencia al plan de cuidado de la paciente y su bebé?
- ¿Cómo se puede diseñar un plan de atención integral en APS que contemple prevención de complicaciones, bienestar emocional y soporte familiar, garantizando los derechos y la equidad para personas con discapacidad auditiva?
- ¿Cómo se puede fortalecer el entorno social y garantizar el acceso a recursos para una paciente con discapacidad auditiva, asegurando la equidad en la atención?
- ¿Qué ajustes en la comunicación y la atención sanitaria son necesarios para garantizar que la paciente comprenda su plan de cuidado, los signos de alarma y las recomendaciones de autocuidado durante el embarazo, considerando que utiliza lengua de señas como medio principal de comunicación?

# FM - TUBERCULOSIS PULMONAR - IL

Nombre: Ana Karen Segovia Aguirre

Edad: 23 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Preparatoria concluida

Ocupación: Administrativa en clínica privada

Estado civil: Soltera

Lugar de residencia: Ciudad de México

Objetivos de aprendizaje:

- Seleccionar la estrategia para enfrentar la incertidumbre en un escenario clínico.
- Describir las categorías del nivel de urgencia para la atención médica, de acuerdo con el Triage Hospitalario
- Identificar la importancia de integrar evidencia confiable y empoderar al paciente en la toma de decisiones.
- Reconocer las ventajas y desventajas del uso de Sistemas de Apoyo a las Decisiones Clínicas y de integrar a la IA.

Diagnóstico principal: Tuberculosis pulmonar (CIE-11: 1B12.0)

---

Motivo de consulta:

Femenina que se presenta a la consulta de primer nivel de atención por presentar tos persistente.

---

Historia clínica (Interrogatorio):

Dimensión Biológica:

- Antecedentes crónicos: Antecedentes heredofamiliares (abuelo paterno vive con diabetes tipo 2).
- No refiere enfermedades crónico-degenerativas previas; hospitalizaciones, traumáticas, transfusionales. Refiere última aplicación de vacunas (COVID-19 e Influenza) en los últimos seis meses. Alergias negadas, niega consumo de tabaco, alcohol y toxicomanías.
- Signos clínicos: tos persistente tanto productiva como no productiva con esputo rojizo de un mes de evolución. Se acompañó de disminución del apetito desde hace tres semanas (notó que ha perdido aproximadamente 3 kg) y escalofríos desde hace dos semanas, así como dolor torácico a la inspiración con intensidad en la Escala Visual Analógica (EVA) 4/10, sin irradiación. Diaforesis nocturna que dificulta conciliar el sueño, agregado a las molestias por la presencia de tos.
- FC 109 lpm, FR 23 rpm, temperatura 37.8°C, peso 60 kg, talla 159 cm, IMC 23.7 kg/m<sup>2</sup>, TA 100/60 mmHg, saturación de O<sub>2</sub> 89%. Estado general: palidez de tegumentos, diaforesis leve, ligera sequedad de mucosa nasal y oral. Consciente, alerta, orientada en persona, tiempo y lugar.

- En la exploración del tórax, se aprecia ligera disminución de la expansión torácica del lado derecho. A la palpación, las vibraciones vocales están aumentadas en el . A la percusión, se detecta una zona de matidez en esa misma región. En la auscultación, se escuchan estertores crepitantes y roncus en el vértice derecho, junto con disminución del murmullo vesicular. Los ruidos cardiacos presentan un ritmo regular, sin soplos ni alteraciones. El abdomen no presenta alteraciones a la inspección, es plano, depresible, peristalsis presente, sin dolor ni visceromegalias o datos de irritación peritoneal. Extremidades superiores e inferiores íntegras, pulsos presentes, sin edema, llenado capilar inmediato.
- Signos radiológicos: Estertores crepitantes en lóbulos medios y sibilancias localizadas en lóbulo pulmonar inferior derecho, disminución del murmullo vesicular.

#### Dimensión Psicológica:

- Preocupación y ansiedad por la persistencia de los síntomas y la posibilidad de una enfermedad grave.
- Cansancio emocional y dificultad para concentrarse en el trabajo debido al malestar físico y al sueño interrumpido por la tos y la diaforesis nocturna.
- Sentimientos de frustración o temor ante la pérdida de peso y el cambio en su estado de salud.
- Posible aislamiento social o irritabilidad derivada del malestar físico y las limitaciones para realizar sus actividades cotidianas.

#### Dimensión Social:

- Disminución del rendimiento laboral y ausencias por malestar físico.
  - Posible estigmatización o preocupación de sus compañeros de trabajo ante su tos persistente.
  - Reducción de la interacción social debido al cansancio y la incomodidad de los síntomas.
  - Falta de apoyo emocional cercano al ser soltera y vivir probablemente sola.
-

Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

Dimensión	Hallazgos	Intervención sugerida
<b>Biológica</b>	<p>Mujer 25 años, sin antecedentes patológicos relevantes. Cuadro respiratorio persistente post-COVID-19. Presenta: tos persistente, pérdida 3 kg, disnea de medianos esfuerzos, dolor torácico leve, disfonía, nocturna. FC 109 lpm, FR 23 rpm, Tª 37,8°C, TA 100/60, SpO2 89 %. Radiografía: infiltrado pulmonar, pérdida volumen lóbulo inferior derecho. Abdomen y extremidades sin alteradas radiológicamente.</p>	<p>Valoración médica integral inmediata (neumología + infectología) Estudios: baciloscopia, cultivo esputo, pruebas de sensibilidad, radiografía/tórax de control, espirometría, hemocultivos, hemograma, VSG Manejo médico: oxígeno, tratamiento empírico/antibiótico específico, fase intensiva y continuación Control estricto de síntomas, peso y SpO2 Aislamiento respiratorio temporal, medidas de control y prevención Educación al entorno y vacunación posible Seguimiento periódico para evaluar respuesta y secuelas</p>
<b>Psicológica</b>	<p>Mujer 25 años, soltera, administrativa en clínica privada. Alta ansiedad y miedo por el diagnóstico y el futuro. Disminuyó apetito desde hace 3 semanas. Llanto fácil, desesperanza, irritabilidad. Vive sola, aislada por el cuadro respiratorio. Escasos contactos. Baja adherencia inicial al tratamiento por miedo a efectos secundarios.</p>	<p>Psicoeducación clara: relación malestar físico-emociones, evolución de la enfermedad Intervención psicológica breve: técnicas de respiración, relajación muscular progresiva, manejo de ansiedad y rumiación Reforzar red de apoyo y reducción de tensión para mejorar el sueño Ejercicios de atención plena (mindfulness) enfocados en respiración Reestructuración cognitiva de pensamientos catastróficos ("me voy a morir", "nunca voy a mejorar") Fortalecer red de apoyo social (familia, amigos, compañeros) Promover pequeñas actividades agradables y rutina diaria Educación en higiene del sueño, alimentación, actividad física suave Revisión del nivel de ansiedad y estado de ánimo al final de cada sesión, observar mejoría en el descanso y apetito</p>

Dimensión	Hallazgos	Intervención sugerida
<b>Social</b>	Favorecer adaptación social y laboral del paciente, reducir el aislamiento y promover redes de apoyo durante su proceso de recuperación.	<p>Orientación laboral + comunicación asertiva: facilitar diálogo con jefe para explicar situación médica y ajustar temporalmente actividades laborales (home office, menos horas, reducción de carga).</p> <p>Habilidades de comunicación asertiva para expresar necesidades sin generar conflicto o molestia.</p> <p>Sensibilización en entorno de trabajo: explicar la naturaleza de su padecimiento y el fin de disminuir estigmatización.</p> <p>Identificar y reforzar redes de apoyo social: familiares, amistades, compañeros que puedan ofrecer acompañamiento y procesos de recuperación.</p> <p>Promover participación en espacios sociales/actividades virtuales o presenciales ligeras para mantener contacto interpersonal sin sobrecarga física.</p> <p>Educación en autocuidado y equilibrio social-laboral: descanso, alimentación, manejo del estrés.</p> <p>Motivar búsqueda de apoyo psicológico en caso de sentir soledad o emocionalmente sobrecargada.</p> <p>Todo el contenido original está presente, reducido al mínimo esencial.</p>

Diagnóstico probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Tuberculosis pulmonar (CIE-11: 1B12.0)
  - Tuberculosis pulmonar confirmada bacteriológicamente (CIE-11 1B12.00)
  - Tuberculosis pulmonar confirmada histológicamente (CIE-11 1B12.01)
  - Tuberculosis pulmonar confirmada, sin otra especificación (1B12.0Z)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Neumonía bacteriana (CIE 11- CA40)
  - Neumonía atípica (por Mycoplasma, Chlamydia, Legionella) (CIE-11 CA41)
  - Bronquitis crónica (CIE-11 CA23.0)

## Plan de atención en Atención primaria en Salud (APS)

- Valoración y diagnóstico: Evaluar signos vitales, estado nutricional y saturación de O<sub>2</sub>.
- Solicitar estudios: radiografía de tórax, baciloscopia, cultivo de esputo, biometría hemática.
- Tratamiento y seguimiento: Iniciar tratamiento específico según resultados (antibióticos o esquema antituberculoso).
- Control de síntomas: analgesia para dolor torácico, hidratación y control de fiebre.
- Monitoreo de efectos adversos y evolución clínica.
- Prevención y educación: Orientación sobre higiene respiratoria y medidas de aislamiento temporales.
- Vacunación actualizada según esquema nacional.
- Valoración emocional: Evaluar ansiedad, estrés y preocupación por la enfermedad.
- Intervención breve: Técnicas de relajación (respiración profunda, relajación muscular).
- Psicoeducación sobre la enfermedad y pronóstico para reducir incertidumbre.
- Reestructuración cognitiva de pensamientos catastróficos.
- Seguimiento: Monitorear ansiedad, estado de ánimo y adherencia al tratamiento médico.
- Valoración del entorno: Identificar apoyo familiar, amistades y situación laboral.
- Intervención breve: Facilitar comunicación con el trabajo para ajustes temporales y evitar estigmatización.
- Promover redes de apoyo social y participación en actividades leves.
- Educación sobre autocuidado, equilibrio social-laboral y manejo del aislamiento.
- Seguimiento: Evaluar reintegración laboral y social, nivel de apoyo percibido y reducción del aislamiento.

## Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuáles son las condiciones médicas que apoyan para establecer el diagnóstico más probable, considerando los hallazgos clínicos y los principales diagnósticos diferenciales?

Diagnóstico	Criterios compatibles	Argumentos en contra
<b>Neumonía bacteriana</b>	Infección aguda del parénquima pulmonar, inicio agudo, fiebre alta y tos productiva.	Habitualmente causada por <i>Streptococcus pneumoniae</i> .
<b>Neumonía atípica (por <i>Mycoplasma</i>, <i>Chlamydia</i>, <i>Legionella</i>)</b>	Cuadro agudo o subagudo con fiebre, dolor torácico y escalofríos.	Cuadro subagudo con fiebre, tos seca y afectación intersticial; radiológicamente puede simular TB.
<b>Bronquitis crónica</b>	Tos productiva, persistente con producción de mucosidad.	Tos productiva crónica (>3 meses por 2 años consecutivos), común en fumadores; sin pérdida de peso ni fiebre persistente.

## Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Cuáles son los signos y síntomas clave que orientan hacia tuberculosis pulmonar en esta paciente?
- ¿Qué hallazgos en la exploración física y radiografía ayudan a diferenciar TB de neumonía bacteriana u otra enfermedad pulmonar?
- ¿Qué estudios complementarios se solicitan para confirmar el diagnóstico y por qué?
- ¿Cuál sería el tratamiento inicial mientras se esperan los resultados de laboratorio?
- ¿Qué medidas de aislamiento y prevención serían necesarias en el entorno laboral y familiar?
- ¿Qué intervenciones psicológicas podrían ayudar a la paciente a manejar la ansiedad y el temor relacionados con su enfermedad?
- ¿Qué parámetros se deben monitorizar para evaluar la respuesta al tratamiento y la evolución clínica?
- ¿Qué complicaciones deben anticiparse y cómo podrían prevenirse?

# EMI - PIE DIABÉTICO GRADO 4 Y DIABETES MELLITUS DESCONTROLADA - CI

Nombre: Miguel García Lozano

Edad: 50 años

Sexo: masculino

Escolaridad: secundaria

Ocupación: taxista

Estado civil: casado

Lugar de residencia: Ciudad de México, vive con su esposa, sus 3 hijos viven en estados diferentes

Objetivos de aprendizaje:

- Evaluar si el paciente tiene capacidad de decisión
- Determinar que tan necesario es el procedimiento para preservar la vida y evitar sufrimiento
- Analizar el daño que implicaría no amputar (riesgo de sepsis o muerte)
- Considerar el daño físico, psicológico y social que implica la amputación
- Analizar el valor de la opinión de la esposa frente al derecho del paciente de decidir sobre su propio cuerpo
- Identificar si se ha dado una información clara y suficiente de pronóstico y riesgos
- Revisar la normativa vigente sobre consentimiento informado y negativa a tratamiento
- Considerar si es necesario involucrar a comités de bioética o instancias jurídicas.
- Determinar el impacto de la amputación en la calidad de vida
- Examinar el apoyo social y comunitario disponible

Diagnóstico: Pie diabético grado 4 + DM descontrolada de larga evolución

---

Motivo de consulta: Paciente masculino que ingresa al servicio de urgencias por referir aproximadamente hace 2 meses presencia de úlcera en talón del pie derecho, problemas para la deambulacion, al apoyarse en miembro pélvico afectado dolor tipo punzante predominante en talón de intensidad 3/10 EVA, refiere que hace 2 semanas la molestia aumenta a 7/10 EVA acompañado de cambios de coloración secreción purulenta fétida

Signos vitales: TA 100/65 mmHg, FC 92, FR 19, SO2 93%, Temperatura 38.1°C.

---

Historia clínica (interrogatorio y exploración física):

Dimensión biológica:

- Diagnóstico previo de Diabetes tipo 2
- Rama materna y paterna con antecedentes de Diabetes tipo 2 e hipertensión
- Signos clínicos: miembro pélvico derecho con piel pálida, frialdad distal, pulso tibial posterior y pedio ausente, hipotermia, úlcera de 6 cm de diámetro en talón de pie derecho, bordes irregulares, callosos con secreción purulenta fétida y tejido desvitalizado necrótico, sensibilidad disminuida
- Laboratorios: Leucocitos 14 mil, neutrófilos 88%, hemoglobina 14 g/dL, plaquetas 400.000. Glucosa en ayuno: 310 mg/dL HbA1c: 8 %, creatinina sérica 1.1 mg/dl, urea 20. Gabinete: Radiografía MPD con gas en tejidos blandos. USG Doppler de MPD interrupción del flujo sanguíneo en arteria tibial posterior
- Alcoholismo y tabaquismo positivo desde los 18 años de manera ocasional
- sedentario con obesidad grado 1, dieta no balanceada alta en grasas y carbohidratos.

#### Dimensión psicológica:

- Daño psicológico por posible amputación al ser el sostén de su familia y no recibir apoyo económico por parte de sus hijos
- Presión por parte de su esposa para someterse a cirugía
- Preocupación por no poder seguir trabajando y poder sostener a su pareja
- Sentimiento de culpa por volverse dependiente de su esposa y que su esposa labore
- Pérdida de autoestima por duelo de pérdida de extremidad

#### Dimensión social:

- Conflictos con su esposa al no respetar su decisión
- Disminución en oportunidades laborales debido a la discapacidad
- Aumento de vulnerabilidad por falta de apoyo económico por parte de sus hijos
- Dificultad para costear una prótesis o rehabilitación
- Posible dependencia total de la esposa tras la amputación con sobrecarga de cuidados

---

#### Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

<b>Dimensión</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Intervención sugerida</b>
<b>Biológica</b>	Dificultad grave para deambular, dolor intenso al apoyar (3/10 → 7/10 en 2 semanas), úlcera necrótica y fétida en talón derecho con bordes callosos	Amputación de extremidad (quirúrgica) Control metabólico estricto de diabetes Antibióticos guiados por cultivos Valoración vascular (Doppler/AngioTAC) para posible revascularización Soporte nutricional intensivo Apoyo psicológico y rehabilitación post-amputación
<b>Psicológica</b>	Culpa por no seguir trabajando, tristeza, ansiedad por situación económica, enojo con esposa, baja autoestima muy baja	Evaluación salud mental inmediata Psicoterapia centrada en aceptación del duelo corporal y validación emocional
<b>Social</b>	Discusiones familiares por rol del paciente, falta apoyo económico, menos oportunidades laborales tras amputación	Crear red de apoyo familiar (incluir a hijos) Acercamiento a trabajo social hospitalario Gestionar apoyo económico externo y programas de rehabilitación/reinserción laboral

---

#### Diagnóstico Probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Úlcera del pie diabético (CIE 11 BD54)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Enfermedad vascular periférica (CIE 11 BD4Z)
  - Úlcera venosa primaria de la pierna (CIE 11 BD74.30)
  - Úlcera por presión, de grado desconocido (CIE 11 EH90.5)

## Plan de atención en Atención primaria en Salud (APS)

- Escucha activa, valorar presencia de duelo anticipado por posible pérdida de extremidad
- Educar al paciente sobre los beneficios de la amputación
- Favorecer expresión de miedos y psicoeducación para reforzar autonomía
- Referir a grupos de apoyo para pacientes amputados o diabéticos
- Control de patologías de base para evitar más complicaciones

## Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

<b>Diagnóstico</b>	<b>Criterios compatibles</b>	<b>Argumentos en contra</b>
<b>Enfermedad vascular periférica</b>	Úlceras isquémicas en extremidades inferiores, localización en puntas de dedos/talón/borde lateral del pie, dolor intenso, necrosis distal, pulsos disminuidos o ausentes, compromiso circulatorio, difícil cicatrización, riesgo de infección	La EVP suele ser muy dolorosa, bordes definidos, fondo pálido, poca secreción. Se asocia a dislipidemia, HTA y tabaquismo intenso
<b>Úlcera venosa primaria de la pierna</b>	Evolución semanas-meses, no cicatriza, riesgo infección y recurrencia, dolor, puede producir necrosis	Ubicación típica: maleolar interno y tercio inferior pierna. Bordes irregulares y poco definidos, fondo granuloso, húmedo y exudado abundante. Dolor mejora al elevar pierna. Piel hiperpigmentada, lipodermatoesclerosis, edema. Asociada a varices e insuficiencia venosa crónica
<b>Úlcera por presión</b>	Difícil cicatrización, curso prolongado, localizada en prominencias óseas (maleolos, talón, sacro), riesgo de infección y necrosis, dolor leve si hay alteración sensitiva	Se produce por presión mantenida + fricción sobre zonas óseas. Bordes definidos, inmovilidad del paciente

## Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Qué factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la decisión médica?
- ¿Cómo manejar el consentimiento informado en una menor con capacidad decisional?
- ¿Qué alternativas terapéuticas son aceptables desde una perspectiva ética?
- ¿Cuál es el rol del médico frente al conflicto entre paciente y familia?
- ¿Qué apoyos comunitarios o institucionales podrían activarse?

# EMI- COSTOCONDritis - CI

Nombre: Arturo Martínez Díaz

Edad: 35 años

Sexo: masculino

Escolaridad: licenciatura

Ocupación: contador

Estado civil: casado

Lugar de residencia: Ciudad de México

Objetivos de aprendizaje:

- Reconocer las principales causas y diagnósticos diferenciales de dolor torácico en el adulto
- Priorizar el descarte de patologías graves (SICA) antes de concluir un diagnóstico benigno
- Interpretar adecuadamente los hallazgos del interrogatorio, exploración y estudios complementarios
- Reconocer situaciones clínicas en las que los sesgos cognitivos pueden llevar a diagnósticos erróneos y discutir estrategias para minimizarlos en la práctica médica
- Analizar cómo el dolor torácico puede inducir al médico a pensar primero en IAM y aprender a usar métodos objetivos para confirmar o descartar una hipótesis
- Identificar cuando un diagnóstico inicial se basa más en intuición que en evidencia

Diagnóstico: Costocondritis

---

Motivo de consulta: Paciente masculino de 35 años que inicia su padecimiento hace 2 horas mientras realizaba caminata rápida, refiere dolor retroesternal, tipo opresivo de inicio súbito, intensidad 8/10, con irradiación a brazo izquierdo. Acompañado de diaforesis, disnea leve y náuseas. Luego de 15 minutos el dolor disminuyó a 5/10 durante el reposo. Niega fiebre, tos, expectoración, palpitaciones y síncope

Signos vitales: TA 130/85 mmHg, FC 90, FR 18, SO<sub>2</sub> 98%, Temperatura 36.8°C.

---

Historia clínica (interrogatorio y exploración física):

Dimensión biológica:

- Antecedente de padre finado por IAM a los 62 años. Madre y abuelos con HAS
- Dieta rica en grasas, baja en fibra. Actividad física: desde hace 1 mes realiza caminata 2 veces por semana y asiste a gimnasio 3 veces por semana durante 1 hora
- HTA desde hace 8 años, tratada con Losartán 50mg cada 12 h. Apendicectomía a los 12 años. Alcoholismo social. Tabaquismo positivo a razón de 5 cigarros diarios desde los 15 años.
- Signos clínicos: Consciente, orientado, ansioso. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Campos pulmonares limpios. Dolor localizado, retroesternal, reproducible con palpación sobre la línea paraesternal a la altura del 3er cartílago costal izquierdo, tipo opresivo de inicio súbito, intensidad 8/10, con irradiación a brazo izquierdo (por la distribución de los nervios intercostales y la proximidad con estructuras torácicas). Diaforesis, disnea leve y náuseas.
- Laboratorios: BH normal. QS: glucosa 92 mg/dl, Cr 0.9 mg/dl, urea 25 mg/dl, colesterol total 240 mg/dl, LDL 160 mg/dl, CK-MB 3, CK 80, troponina T ultrasensible: negativa. ECG: ritmo sinusal, sin cambios en segmento ST u onda T. Radiografía de tórax: sin cardiomegalia, sin infiltrados.

Dimensión psicológica:

- Ansiedad intensa y miedo a la muerte
- Incertidumbre por antecedentes familiares de patologías cardiovasculares
- Sensación de vulnerabilidad al saber que presenta factores de riesgo como hipertensión, tabaquismo y colesterol elevado
- Sentimiento de culpa por pensar que si muere su esposa se quedaría sola

Dimensión social:

- El dolor torácico genera temor en su familia porque lo asocian con un infarto
- Trabajo sedentario, tabaquismo, mala alimentación que aumentan su riesgo cardiovascular
- Estrés laboral, posiblemente mala ejecución de ejercicios por falta de asesoramiento con entrenadores y mala postura contribuyen al problema musculoesquelético
- Buen acceso a servicios de salud que le permitieron descartar IAM de forma inmediata

Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

<b>Dimensión</b>	<b>Hallazgos clave</b>	<b>Intervención sugerida</b>
<b>Biológica</b>	Dolor retroesternal opresivo súbito 8/10, irradiado a brazo izquierdo, diaforesis, disnea y náuseas. Mala ejecución de ejercicios	Tratamiento AINES + reposo relativo Educación signos de alarma IAM Seguimiento estricto de HTA y dislipidemia
<b>Psicológica</b>	Ansiedad alta, culpa, incertidumbre, sensación de vulnerabilidad	Evaluación salud mental inmediata Psicoterapia de aceptación + validación emocional Prevención hipervigilancia, manejo estrés y terapia cognitivo-conductual
<b>Social</b>	Preocupación familiar por antecedentes cardíacos. Sedentarismo + estrés laboral	Acercamiento a entrenadores para corrección técnica Educación familiar sobre signos de alarma de IAM Cambio de hábitos supervisado: dieta baja en grasa, ejercicio progresivo Evitar sedestación prolongada

Diagnóstico Probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Costocondritis (CIE 11 FB82.Y)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Infarto agudo del miocardio (CIE 11 BA41)
  - Angina de pecho (CIE 11 BA40)
  - Miocarditis (CIE 11 BC42.Z)
  - Tromboembolia pulmonar (CIE 11 BB00)

Plan de atención en Atención primaria en Salud (APS)

- Escucha activa y favorecer expresión de miedos
- Explicar diferencias entre IAM y costochondritis
- Tratamiento con AINES y control de patologías de base para evitar más complicaciones

Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

Diagnóstico	Criterios compatibles	Argumentos en contra
Infarto agudo del miocardio	Dolor torácico en reposo o movimiento, localización precordial o en parte inferior del tórax, puede ser intenso y generar ansiedad.	El dolor es persistente, no mejora con el reposo, no es reproducible a la palpación, normalmente presentan alteraciones hemodinámicas, puede haber cambios periféricos.
Angina de pecho	Dolor torácico localizado en región anterior/retroesternal, dolor desencadenado a esfuerzo o movimientos, el dolor mejora con reposo, ansiedad secundaria al dolor	Dolor no reproducible a la palpación, siempre aparece con patrones de esfuerzo, suele tener episodios recurrentes
Miocarditis	Dolor torácico anterior, dolor en reposo, edad del paciente	Suele aparecer tras infección viral (fiebre, mialgias, IVAS, diarrea), dolor "tipo pericárdico" NO suele variar con respiración o movimientos.

Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Qué métodos objetivos ayudan a diferenciar entre dolor cardíaco y no cardíaco?
- ¿Qué hallazgos del interrogatorio hacen pensar en un origen musculoesquelético?
- ¿Qué diagnósticos alternativos deben considerarse en un paciente con dolor torácico reproducible a la palpación?
- ¿Qué papel juega la exploración física en este caso y por qué es tan determinante?

# EMI - MENINGITIS -CI

Nombre: Alejandra Alvarez Diaz

Edad: 30 años

Sexo: femenino

Escolaridad: licenciatura

Ocupación: abogada

Estado civil: casada

Lugar de residencia: Ciudad de México

Objetivos de aprendizaje:

- Reconocer los signos y síntomas cardinales de meningitis (cefalea intensa, fiebre, rigidez de nuca, signos meníngeos)
- Diferenciar entre meningitis bacteriana y otras causas de cefalea súbita (encefalitis, hemorragia subaracnoidea, migraña complicada)
- Identificar la importancia de un diagnóstico oportuno y el inicio del tratamiento antibiótico
- Formular preguntas clínicas en formato PICO (paciente, intervención, comparación)
- Utilizar bases de datos biomédicas
- Desarrollar habilidades de búsqueda avanzada y selección crítica de literatura científica.
- Comprender como la IA puede apoyar en la generación de hipótesis diagnósticas y opciones terapéuticas.
- Diferenciar entre la información sugerida por IA y la evidencia científica encontrada en bases de datos.
- Usar herramientas digitales de apoyo clínico como complemento, no sustituto del juicio médico
- Valorar la importancia de basar las decisiones clínicas en evidencia científica actualizada.
- Reconocer el papel de la responsabilidad médica frente al uso de IA en la práctica clínica

Diagnóstico: Meningitis

---

Motivo de consulta: Paciente femenino de 30 años de edad que refiere presentar cefalea intensa de inicio súbito hace 12 horas acompañada de fotofobia, fiebre 38.2 C y rigidez de nuca.

---

Historia clínica (interrogatorio y exploración física):

Dimensión biológica:

- Antecedente de madre con antecedente de meningitis bacteriana en la adolescencia, hermano con diagnóstico de déficit parcial del complemento (inmunodeficiencia)
- Sin enfermedades crónicas conocidas, no fumadora, no bebedora.
- Signos clínicos: Consciente, orientada, ansiosa. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Campos pulmonares limpios. Cefalea holocraneana 10/10, rigidez de nuca, fotofobia, signo de Brudzinski positivo
- Laboratorios: Biometría hemática: Leucocitos: 14,800/ $\mu$ L (neutrófilos 85%) Hemoglobina: 13.2 g/dL. Plaquetas: 240,000/ $\mu$ L, Química sanguínea: Glucosa: 98 mg/dL Urea: 28 mg/dL. Creatinina: 0.9 mg/dL.

Proteína C reactiva (PCR): elevada. Punción lumbar (después de TAC normal): Aspecto: turbio.

Presión de apertura: elevada. Leucocitos en LCR: 1,200 células/ $\mu$ L (90% PMN). Glucosa en LCR: 30 mg/dL (glucosa sanguínea 98  $\rightarrow$  relación  $<0.4$ ). Proteínas en LCR: 180 mg/dL (elevadas).

Dimensión psicológica:

- Ansiedad por dolor intenso, fiebre y hospitalización inesperada
- Miedo a complicaciones o muerte
- Estrés emocional

Dimensión social:

- Puede depender de sus familiares para tomar decisiones y para los cuidados posteriores al alta.
- La experiencia previa de meningitis en la familia puede causar temor.
- Si trabaja, la hospitalización puede implicar pérdida de ingresos o ausentismo laboral.
- El costo de los estudios puede ser una carga económica.
- La rapidez con la que llegó al hospital determina su pronóstico.
- Tener una red sólida puede favorecer su recuperación.

Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

<b>Dimensión</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Intervención sugerida</b>
<b>Biológica</b>	Cefalea holocraneana 10/10, rigidez de nuca, fotofobia, signo de Brudzinski positivo, fiebre	Antibiótico empírico IV inmediato Hidratación, control de fiebre y dolor Monitoreo neurológico continuo
<b>Psicológica</b>	Ansiedad alta, incertidumbre, sensación de vulnerabilidad, miedo	Explicación clara del diagnóstico y tratamiento Disminuir ansiedad Apoyo psicológico en hospitalización
<b>Social</b>	Preocupación familiar por antecedentes familiares	Identificar y educar a la red de apoyo familiar Informar signos de alarma y medidas de prevención

Diagnóstico Probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Meningitis (G03)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Encefalitis viral (A86)
  - Hemorragia subaracnoidea (I60)
  - Migraña complicada (G43.3)
- Plan de atención en Atención primaria en Salud (APS)
  - Escucha activa
  - Favorecer expresión de miedos
  - Tratamiento con antibióticos y monitoreo neurológico.

## Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

Diagnóstico	Criterios compatibles	Argumentos en contra
Encefalitis viral	<p>Fiebre, cefalea intensa, alteración estado mental: confusión, letargo, coma</p> <p>Convulsiones, déficits neurológicos focales, pares craneales, hemiparesia, afasia</p> <p>Alteraciones conductuales o personalidad</p>	<p>Ausencia de alteración grave del estado mental, crisis convulsivas o déficits focales marcados</p> <p>En fases iniciales puede ser normal, pero clínica pura "cefalea + rigidez de nuca sin compromiso parenquimatoso" es atípica</p>
Hemorragia subaracnoidea	<p>Cefalea súbita máxima "la peor de la vida" (tipo trueno)</p> <p>Pérdida de conciencia transitoria o síncope</p> <p>Náuseas/vómitos, rigidez de nuca, fotofobia</p> <p>Déficits neurológicos focales</p> <p>Crisis convulsivas</p>	<p>Ausencia de cefalea súbita e hiperintensa tipo trueno TAC cráneo normal en primeras 6 h (aunque sensible) LCR sin sangre ni xantocromía (tras &gt;12 h de evolución). Presencia de fiebre persistente y síndrome infeccioso sistémico (más compatible con meningitis).</p> <p>Evolución más lenta</p>
Migraña complicada	<p>Cefalea unilateral pulsátil de inicio progresivo</p> <p>Hemiparesia, afasia, escotomas visuales, visión borrosa</p> <p>Pérdida parcial de visión, ataxia, vértigo, náuseas, vómito, fotofobia, fonofobia</p> <p>Antecedente personal o familiar de migraña</p> <p>No suele haber fiebre ni rigidez de nuca</p>	<p>Fiebre o síndrome infeccioso asociado</p> <p>Rigidez de nuca y signos meníngeos positivos.</p> <p>CR con alteraciones pleocitosis/glucosa baja/proteínas elevadas.</p> <p>Cefalea súbita tipo trueno</p> <p>Déficits neurológicos permanentes o progresivos. Primer episodio en edad avanzada, sin antecedente personal o familiar de migraña</p>

## Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Qué factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la decisión médica?
- ¿Qué datos del interrogatorio ayudan a distinguir meningitis de otros tipos de cefalea aguda?
- ¿Por qué el inicio del tratamiento antibiótico no puede esperar la confirmación completa del diagnóstico?
- ¿Cómo diferenciar entre una recomendación generada por IA y una basada en evidencia científica sólida?

# EMI - FIBROADEENOMA COMPLEJO CON FIBROSIS DIFUSA DE MAMA - CI

Nombre: María Flores García

Edad: 45 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Preparatoria

Ocupación: Ama de casa

Estado civil: Casada

Lugar de residencia: Ciudad de México

Objetivos de aprendizaje:

- Identificar elementos clínicos y radiológicos y diferenciar datos de benignidad y malignidad
- Analizar la toma de decisiones médicas ante hallazgos de imagen indeterminados y cómo el acceso limitado a recursos influye en la calidad del diagnóstico
- Integrar datos de laboratorio, imagen y exploración física para construir un diagnóstico certero
- Valorar las implicaciones éticas y emocionales del error diagnóstico para el paciente y médico
- Reflexionar el impacto económico de un diagnóstico erróneo en pacientes de bajos recursos

Diagnóstico: Fibroadenoma complejo con fibrosis difusa de mama derecha

---

Motivo de consulta: Paciente femenino de 45 años de edad acude a valoración por presentar una masa palpable de reciente identificación en mama derecha. Refiere notar la presencia de un nódulo en el cuadrante superior externo de la mama derecha hace 3 semanas, el cual describe como firme, móvil e indoloro a la palpación. No refiere cambios en la piel, secreción por el pezón ni dolor asociado fuera del ciclo menstrual.

Signos vitales: TA 115/75 mmHg, FC 87, FR 18, SO2 97%, Temperatura 36.6°C. IMC 25.6

---

Historia clínica (interrogatorio y exploración física):

Dimensión biológica:

- Antecedente de tía materna: cáncer de mama a los 58 años
- Dieta rica en carbohidratos, grasas y baja en fibra. Actividad física: no realiza. AGO: menarca 11 años, ciclos regulares, FUM: sep 2025, G 1 P 1, MPF: anticonceptivos orales (estrógenos) desde hace 20 años.
- Sin antecedentes personales patológicos de importancia.
- Signos clínicos de importancia: Mamas simétricas, piel sin cambios de coloración ni aspecto, sin ulceraciones ni retracciones. Pezones sin retracción ni secreción. A la palpación en mama derecha: masa de 2 cm en cuadrante superior externo, firme, móvil, no dolorosa, bordes regulares. Sin adenopatías axilares.
- Laboratorios: BH y QS normal. Marcadores tumorales: CA 15.3 24 U/ml, CEA 2.1 ng/ml
- Ecografía: mama derecha: masa sólida, ovalada de 2.0 x 2.5 cm. Estructura principalmente isoecoica, pero heterogénea en su interior. Contornos definidos en la mayor parte de su circunferencia, pero con una lobulación focal y periférica que le confiere un aspecto atípico. Tejido circundante con fibrosis difusa del estroma mamario que genera distorsión. Región axilar con ganglios linfáticos con morfología normal.

### Dimensionémosles Biologica

- Mastografía: mamas heterogéneamente densas (Tipo C). Mama derecha con nódulo de densidad moderada-alta, hipoecoico, de forma ovalada, con diámetro de 20 mm. Bordes parcialmente lobulados o irregulares en la periferia, presenta refuerzo acústico posterior incompleto. Hay presencia de microcalcificaciones heterogeneas y agrupadas en la periferia del nódulo de morfología amorfa. Mama izquierda sin hallazgos patológicos. BIRADS 4A.
- Biopsia: fibroadenoma complejo con fibrosis difusa. Sin signos de atipia, malignidad.

### Dimensión psicológica:

- Ansiedad intensa y miedo a la muerte: presenta angustia constante, insomnio y llanto frecuente
- Incertidumbre por antecedente de tía con cáncer de mama
- Sentimiento de vulnerabilidad y culpa por no haber detectado antes la masa
- Estrés postraumático leve tras recibir resultado de “no cáncer”, persiste desconfianza a médicos, e hipervigilancia a cualquier síntoma corporal

### Dimensión social:

- Bajos ingresos económicos, pues su esposo es maestro de primaria.
- Los estudios de imagen, marcadores y biopsia representaron un gasto elevado, generando estrés económico
- Tensión familiar aumentada por miedo de esposo e hija a perderla
- Tras saber que no tenía cáncer hubo alivio y enojo por el susto y el gasto innecesario

---

### Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

Dimensión	Hallazgos	Intervención sugerida
<b>Biológica</b>	Mamas simétricas, piel sin cambios de coloración ni retracción. Pezones sin secreción ni retracción. Mama derecha: masa de 2 cm en cuadrante superior externo, firme, móvil, no dolorosa, bordes regulares. Sin adenopatías axilares	Biopsia con aguja gruesa inmediata Manejo conservador con revisión clínico-ecográfica cada 6 meses x 2 años y luego anual Educación en autoexploración mamaria y reconocimiento de cambios
<b>Psicológica</b>	Ansiedad alta, miedo intenso a la muerte, culpa, vulnerabilidad, incertidumbre, estrés postraumático leve	Evaluación salud mental urgente Apoyo psicológico para manejo del miedo Prevención hipervigilancia, control estrés y terapia cognitivo-conductual
<b>Social</b>	Estrés económico por bajos ingresos, tensión familiar aumentada por miedo a que muera	Educación familiar sobre signos de alarma de cáncer de mama Fomentar apoyo familiar en cambio de hábitos: dieta baja en grasa + ejercicio físico

### Diagnóstico Probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Fibroadenoma complejo (2F30.41)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Neoplasias malignas de la mama (2C61)
  - Tumor filoides (9020/1)
  - Quiste complejo o sólido quístico
  - Cambios fibroquísticos

### Plan de atención en Atención primaria en Salud (APS)

- Escucha activa
- Favorecer expresión de miedos
- Explicar diferencias entre fibroadenoma y cáncer de mama
- Toma de biopsia con aguja gruesa y manejo conservador con seguimiento periódico con ecografía

### Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

Diagnóstico	Criterios compatibles	Argumentos en contra
Cáncer de mama	Lesión sólida palpable. En mamografía puede haber bordes irregulares o microcalcificaciones	El cáncer suele tener bordes irregulares o espiculados, hipoecomía marcada y sombra acústica posterior en ultrasonido. Mayor vascularización en Doppler. En biopsia: atipia, mitosis y patrón infiltrante
Tumor filoides	Lesión sólida, a veces con bordes lobulados, grupo etario 40-50 años. Puede parecer un fibroadenoma grande o crecer rápido. Heterogeneidad interna	Tumor filoides suele ser rápido crecimiento. Histológicamente: proliferación estromal marcada con patrón "en hoja". Más firme, a veces >5 cm. Requiere escisión quirúrgica completa
Quiste complejo o sólido-quístico	En US se ve como masa con ecos internos, simulando un fibroadenoma sólido	Quiste tiene componente líquido evidente y puede haber refuerzo acústico posterior. Puede aspirarse y colapsar. Mastografía no muestra microcalcificaciones ni patrón sospechoso

### Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Qué factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la decisión médica?
- ¿Qué tan confiable es el BIRADS en mamas densas?
- ¿Qué pasa cuando la clínica y la imagen no coinciden?
- ¿Qué sesgos cognitivos pueden afectar la interpretación diagnóstica?
- ¿Cómo se pueden prevenir estos errores en la práctica clínica?
- ¿Cómo manejar la comunicación con pacientes frente a hallazgos inciertos?

# EMI - INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST - CI

Nombre: María López Gomez

Edad: 52 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: primaria

Ocupación: Ama de casa

Estado civil: Casada

Lugar de residencia: Estado de Hidalgo

Objetivos de aprendizaje:

- Identificar los signos y síntomas característicos del infarto agudo al miocardio.
- Reconocer los principales diagnósticos diferenciales del dolor torácico.
- Describir los marcadores séricos que confirman necrosis miocárdica (Troponina I/T, CK-MB).
- Explicar los pasos del manejo estándar inicial del SCA según guías clínicas.
- Aplicar el juicio clínico para priorizar decisiones en un escenario con recursos limitados.
- Analizar críticamente las decisiones tomadas por el médico tratante y sus implicaciones.

Diagnóstico: Infarto agudo al miocardio con elevación del ST.

---

Motivo de consulta: Paciente femenino de 52 años de edad acude al servicio de urgencias de un hospital comunitario rural por dolor torácico opresivo de 30 minutos de evolución, irradiado a brazo izquierdo, acompañado de diaforesis y náusea

---

Historia clínica (interrogatorio y exploración física):

Dimensión biológica:

- Antecedente de madre: DM2
- Dieta rica en carbohidratos, grasas. Actividad física: no realiza.
- AGO: menarca 11 años, ciclos regulares, FUM: hace 2 años, G3 P2 C1
- antecedentes personales patológicos: HTA diagnosticada hace 10 años, sin control regular, fumadora desde hace 20 años.
- Signos clínicos de importancia: paciente con palidez de tegumentos, ansiosa que presenta dolor torácico opresivo de 30 minutos de evolución 9/10, irradiado a brazo izquierdo.
- Exámenes diagnósticos: no hay servicio de laboratorio en el hospital rural al ser turno nocturno y el equipo de ECG no funciona.

Dimensión psicológica:

- Ansiedad intensa y miedo a la muerte: presenta angustia constante, insomnio y llanto frecuente
- Sentimiento de culpa o preocupación por la familia.
- Negación o minimización de los síntomas

#### Dimensión social:

- Pacientes con bajos ingresos suelen tener mayor exposición a factores de riesgo (mala alimentación, tabaquismo, estrés laboral).
- Dificultad para acceder a atención médica o medicamentos después del alta.
- Limitaciones para realizar seguimiento cardiológico o acudir a rehabilitación.
- En muchos casos, los pacientes mayores o con bajos recursos viven solos y no tienen quién los lleve al hospital a tiempo.
- La familia también puede experimentar ansiedad, miedo o sobrecarga del cuidador.

#### Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

<b>Dimensión</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Intervención sugerida</b>
<b>Biológica</b>	Dolor torácico opresivo retroesternal que puede irradiar a brazo izquierdo, cuello o mandíbula, diaforesis, palidez, disnea	Monitorización continua, administración de oxígeno, nitroglicerina sublingual y analgesia según protocolo, Solicitar panel de marcadores cardíacos y repetir muestra en 3-6 h para seguimiento, ECG inmediato.
<b>Psicológica</b>	Ansiedad intensa, miedo a morir o sensación de catástrofe, negación del cuadro.	Brindar contención emocional, tono de voz calmado, explicar procedimientos para reducir incertidumbre, usar comunicación empática y asertiva.
<b>Social</b>	Ausencia o debilidad de red de apoyo familiar, bajo nivel socioeconómico, dificultad para acceder a servicios de salud	Gestionar acceso a medicamentos genéricos, vincular a programas institucionales y brindar educación sobre autocuidado accesible, referir a unidades de primer contacto cercanas

#### Diagnóstico Probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Infarto agudo transmural de la pared anterior del miocardio (IAM con elevación del ST en cara anterior) (I21.0)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Angina inestable (I20.0)
  - Pericarditis aguda (I30.0)
  - Costocondritis (M94.0)
- Plan de atención en Atención primaria en Salud (APS)
  - Escucha activa
  - Favorecer expresión de miedos
  - Explicar diferencias entre fibroadenoma y cáncer de mama
  - Toma de biopsia con aguja gruesa y manejo conservador con seguimiento periódico con ecografía

## Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

Diagnóstico	Criterios compatibles	Argumentos en contra
Angina inestable	Dolor torácico opresivo retroesternal, episodios recurrentes, dolor desencadenado por esfuerzo	Dolor más prolongado (>20-30 min), intenso o que no cede con reposo ni nitroglicerina, dolor por primera vez y severo, elevación del ST, dolor en reposo absoluto o durante el sueño, sugiere isquemia severa o infarto.
Pericarditis aguda	Dolor torácico punzante o urente, localizado retroesternal o precordial. dolor que aumenta con la inspiración profunda, tos o al acostarse, Frote pericárdico audible en la auscultación precordial.	Dolor opresivo, profundo y continuo, más típico de IAM. dolor no relacionado con respiración o postura.
Costocondritis	Dolor torácico localizado y reproducible a la palpación de cartílago costal (generalmente 2°-5° costilla), dolor punzante, episodios intermitentes de corta duración, no se asocian factores de riesgo.	Dolor no reproducible a la palpación, opresivo y profundo, dolor que no varía con movimiento, dolor prolongado, intenso, constante. DM, HTA, tabaquismo

---

### Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Qué factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la decisión médica?
- ¿Qué hallazgos de exploración física ayudan a evaluar estabilidad hemodinámica?
- ¿Qué decisiones NO pueden esperar a tener estudios?
- ¿Cómo evitar que la falta de recursos retrase decisiones críticas?
- ¿Cuál es el riesgo de esperar confirmación diagnóstica antes de actuar?

# EMI - INSUFICIENCIA CARDIACA - CI

Nombre: Carlos Alberto Mendoza

Edad: 60 años

Sexo: Masculino

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Mecánico

Estado civil: Soltero

Lugar de residencia: Ciudad de México

Objetivos de aprendizaje:

- Diferenciar entre un síntoma principal, un hallazgo clave y un efecto secundario de un medicamento, y explicar el valor relativo de cada uno
- Describir el mecanismo farmacológico por el cual los IECA pueden producir tos seca como efecto adverso
- Argumentar desde la fisiología por qué la tos, disnea y edema pueden ser datos de IC
- Contrastar las diferentes hipótesis diagnósticas (IC vs efecto adverso)
- Proponer un plan de estudio secuencial y lógico para confirmar o descartar las hipótesis
- Descartar una patología grave (IC) ante la presencia de otros datos clínicos de importancia antes de suspender el medicamento

Diagnóstico: Insuficiencia cardiaca

---

Motivo de consulta: Paciente masculino de 60 años de edad acude a urgencias por presentar desde hace 2 meses tos seca e irritativa que es más frecuente mientras duerme, mareos al levantarse rápidamente de la cama; y desde hace 2 semanas refiere sensación de falta de aire al caminar. Niega dolor torácico, fiebre, palpitaciones o expectoración.

Signos vitales: TA 130/85 mmHg, FC 102, FR 18, SO<sub>2</sub> 94%, Temperatura 36.7°C. IMC 30.2

---

Historia clínica (interrogatorio y exploración física):

Dimensión biológica:

- Antecedente de padre con HTA y madre con HTA y DM2. Abuelos con DM2 e HTA
- Dieta rica en carbohidratos, grasas y baja en fibra. Actividad física: no realiza.
- Antecedentes personales patológicos: HTA diagnosticada hace 2 meses en tratamiento con enalapril 10 mg 1 tableta cada 24 horas. Diabetes tipo 2 desde hace 8 años, tratada con metformina 850 mg cada 12 horas
- Datos clínicos de importancia: Astenia, ingurgitación yugular +, ruidos cardiacos rítmicos, tercer ruido cardiaco (galope S3) audible en apex, sin soplos. Crepitantes finos en bases pulmonares, disnea de medianos esfuerzos, tos seca, edema maleolar bilateral, simétrico, blando, fóvea +
- Laboratorios: BH: leucocitos 8.5, Hb 13.2, HTO 40%, plaquetas 380 mil. QS: glucosa 141 mg/dl, urea 48, Cr 1.4, Na 135, K 4.8. Radiografía de tórax: Cardiomegalia, derrame pleural bilateral mínimo. ECG: ritmo sinusal. FC 105 lpm, datos de hipertrofia ventricular izquierda

#### Dimensión psicológica:

- Ansiedad y depresión por miedo a padecer una enfermedad grave
- Incertidumbre al no saber si el problema es su corazón o el medicamento
- Pérdida de control, pues de ser un trabajador activo ahora se siente vulnerable al estar solo
- Pérdida de autonomía y baja autoestima, pues la disnea implica que no pueda realizar actividades cotidianas con normalidad
- Preocupación económica y ansiedad por los costos de la enfermedad

#### Dimensión social:

- Vive solo y no cuenta con red de apoyo familiar cercana. Si sufre un empeoramiento agudo de su enfermedad, no hay nadie que pueda llevarlo al hospital
- Trabajo de oficio, sin ingreso fijo puede no ser suficiente para cubrir gastos médicos
- Tiene un hijo que vive en otro estado y sería complicado que uno de los 2 se mude, ya que cada quien tiene su vida

---

#### Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

<b>Dimensión</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Intervención sugerida</b>
<b>Biológica</b>	Astenia, ingurgitación yugular +, ruidos cardíacos rítmicos + tercer ruido (galope S3) audible en ápex, crepitantes finos en bases pulmonares, disnea de medianos esfuerzos, tos seca, edema maleolar bilateral simétrico, fóvea +, fiebre +	Alivio sintomático inmediato Control estricto de presión arterial Diuréticos + inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona Restricción de sodio y líquidos Control de peso diario Ejercicio regular supervisado
<b>Psicológica</b>	Ansiedad y depresión por miedo a padecer enfermedad grave. Incertidumbre, vulnerabilidad por estar solo, pérdida de autonomía, baja autoestima, mala economía	Evaluación salud mental urgente Apoyo psicológico para manejo del miedo Prevención hipervigilancia, control estrés y terapia cognitivo-conductual
<b>Social</b>	Vive solo, sin red de apoyo familiar cercana. Trabajador de oficina sin ingreso fijo. Lejanía física de su hijo	Valorar necesidad de asistente social (evaluación de vivienda y ayudas a domicilio) Ofrecer grupos de ejercicio físico supervisado Educación en reconocimiento de signos de alarma de descompensación cardíaca

### Diagnóstico Probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Insuficiencia cardiaca (BD10)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Efecto adverso a medicamentos
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
  - Neumonía

---

### Plan de atención en Atención primaria en Salud (APS)

- Escucha activa
- Favorecer expresión de miedos
- Explicar datos de alarma de su enfermedad
- Control de síntomas, modificaciones al estilo de vida

---

### Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

<b>Diagnóstico</b>	<b>Criterios compatibles</b>	<b>Argumentos en contra</b>
Efecto adverso a medicamento (IECA)	Tos seca, irritativa, persistente que aparece en las primeras semanas-meses de iniciar el tratamiento	Existe causa alternativa más probable; síntomas no coinciden completamente con un efecto típico de IECA
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Disnea, tos, fatiga, edema	En EPOC típico hay: tabaquismo, espiración alargada, disnea crónica, sibilancias, tórax en tonel. Aquí NO hay edema en piernas ni hiperinsuflación radiológica
Neumonía	Disnea, tos, crepitantes pulmonares, temperatura normal (en ancianos puede faltar fiebre), taquicardia	Neumonía clásica cursa con fiebre, expectoración purulenta, foco de consolidación visible en Rx tórax, desaturación marcada de oxígeno. Nada de eso está presente

---

### Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Qué factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la decisión médica?
- ¿Qué apoyos comunitarios o institucionales podrían activarse?
- ¿Cómo se equilibra la empatía con la protección emocional del profesional de salud?
- ¿Cómo debería el médico abordar la comunicación del diagnóstico positivo?
- ¿Cómo la APS puede servir como puente entre la atención médica y el apoyo social integral?
- ¿Qué factores biopsicosociales influyeron en el curso del caso?
- ¿Cómo se garantiza la seguridad emocional del paciente y del médico?

# EMI - LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO - LI

Nombre: Emilia González Cruz

Edad: 25 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Licenciatura

Ocupación: Contadora

Estado civil: Soltera

Lugar de residencia: Ciudad de México

Objetivos de aprendizaje:

- Identificar las manifestaciones clínicas de LES, las complicaciones del embarazo y las características de la ERC, así como su interacción con los cambios del embarazo
- Reconocer las alteraciones inmunológicas y de laboratorio característico de LES y su correlación clínica
- Interpretar resultados de estudios complementarios en el contexto del LES y embarazo,
- Evaluar los riesgos materno fetales y las decisiones terapéuticas en un caso de LES y embarazo
- Valorar importancia del trabajo interdisciplinario y del seguimiento clínico en el manejo de LES

Diagnóstico: Lupus eritematoso sistémico complicado con enfermedad renal crónica estadio 5 y embarazo de 10 semanas de gestación

---

Motivo de consulta: Paciente femenino de 25 años de edad acude al servicio de urgencias por presentar edema progresivo de miembros inferiores desde hace 2 meses que se acentúa en las últimas semanas hasta ser persistente, se acompaña de náuseas y vómitos ocasionales, astenia y adinamia, anorexia y pérdida de 4 kg en el último mes. Refiere que en los últimos días nota disnea de medianos esfuerzos y que su orina es espumosa y en menor cantidad.

Signos vitales: TA 150/95 mmHg, FC 96, FR 20, SO<sub>2</sub> 90%, Temperatura 36.7°C.

---

Historia clínica (interrogatorio y exploración física):

Dimensión biológica:

- Antecedentes de abuelos con HTA y DM2. Madre con HTA. Tía materna con artritis reumatoide
- Dieta adecuada en cantidad y calidad. Actividad física: no realiza.
- Sin antecedentes personales patológicos de importancia. Consumo de alcohol ocasional suspendido actualmente. AGO: menarca 12 años, ciclos regulares de 29 x 5, FUM: 01/08/2025 IVSA 20 años. MPF: negado. G 1 A0 P0 C0, embarazo actual de 10 SDG, sin control prenatal.
- Signos clínicos de importancia: Ansiosa, facies edematosa, alopecia difusa, mucosas pálidas, eritema malar, aftas orales, campos pulmonares con estertores basales bilaterales. Dolor articular en muñecas, extremidades superiores con dedos en cuello de cisne, hemorragias en astilla, extremidades inferiores edema blando +++ hasta la rodilla.
- Laboratorios: BH: Hb 9.1, HTO 28, leucocitos 3200, plaquetas 110000, neutrófilos 65%, linfocitos 25%, VCM 88 fl, HCM 29 pg. QS: glucosa 76, urea, Cr 4.8, BUN 80, ácido úrico 9.1 mg/dl, albúmina sérica 2.3 g/dl, colesterol total 260 mg/dl, K 5.8, Na 131, Cl 100, Ca 7.4, P 5.9, Mg 2.1, VSG elevada. Perfil hepático normal. Gasometría: pH 7.28, pco<sub>2</sub> 32, HCO<sub>3</sub> 15, po<sub>2</sub> 88, saO<sub>2</sub> 94%. Complemento C3 y C4 disminuidos. ANA positivo 1:640, anti dsDNA positivo alto título, antiSM positivo. hCG: 150 mil. EGO: aspecto turbio, color amarillo oscuro, pH 5.5, densidad 1.025, proteínas +++, glucosa, cuerpos cetónicos y cristales ausentes, hemoglobina +, hematíes dismórficos: 20-25/ campo, leucocitos: 5/ campo, cilindros granulosos y hemáticos: presentes

- Ecografía renal: riñones disminuidos de tamaño: derecho 8.5 cm, izquierdo 8.3 cm. Cortical adelgazada, pobre diferenciación cortico medular. Ecogenicidad aumentada difusamente.
- Radiografía de tórax: derrame pleural leve

Dimensión psicológica:

- Negación o resistencia al diagnóstico de una enfermedad crónica terminal y embarazo
- Ansiedad y miedo a perder a su bebé
- Miedo a la pérdida del control sobre su cuerpo al depender de una máquina para terapia renal sustitutiva
- Depresión y estrés por fatiga constante, cambios físicos y pérdida de independencia

Dimensión social:

- Opiniones divididas con su madre acerca de su embarazo, pues la mamá no está de acuerdo en que lo continúe por el riesgo a su salud y porque el bebé sería una nueva responsabilidad
- Riesgo de sobreprotección por parte de su madre
- Hospitalizaciones constantes que pueden generar ausentismo laboral
- Vulnerabilidad social por difícil acceso a reumatología, nefrología u obstetricia de alto riesgo
- Riesgo de discriminación o pérdida de empleo por las limitaciones físicas, causando inestabilidad económica

Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

Dimensión	Hallazgos clave	Intervención sugerida
<b>Biológica</b>	Astenia + adinamia, anorexia, facies edematosa, alopecia difusa, eritema malar, aftas orales, estertores basales bilaterales, disnea, náuseas, vómito, dolor articular en muñecas, dedos en cuello de cisne, hemorragias en astilla, edema extremidades inferiores +++	Control actividad inflamatoria e inmune con corticoides e inmunosupresores Monitoreo LES estricto Control PA y función renal Corregir alteraciones metabólicas Valorar reemplazo renal si daño renal avanzado Terapia fetal estrecha
<b>Psicológica</b>	Negación del diagnóstico, miedo intenso a perder bebé y a la pérdida del control corporal, depresión y ansiedad	Evaluación salud mental urgente Apoyo psicológico continuo para manejo del miedo Prevención hipervigilancia, manejo estrés y terapia cognitivo-conductual
<b>Social</b>	Tensión familiar aumentada, hospitalizaciones frecuentes, riesgo de discriminación, posible pérdida de empleo, inestabilidad económica	Educación familiar sobre plan de cuidados Fortalecer red de apoyo Trabajo social: vincular a redes de apoyo, facilitar acceso a medicamentos de alto costo, transporte y asesoría laboral/ derechos por enfermedad crónica y embarazo

Diagnóstico Probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Lupus eritematoso sistémico (4A40) y nefritis lúpica (4A40.1)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Síndrome antifosfolípido (4B81)
  - Artritis reumatoide (FA00)
  - Vasculitis sistémica (4B41)
- Plan de atención en Atención primaria en Salud (APS)
  - Escucha activa
  - Favorecer expresión de miedos
  - Explicar riesgos y complicaciones sobre el embarazo
  - Referencia a tercer nivel de atención

---

Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

Diagnóstico	Criterios compatibles	Argumentos en contra
Síndrome antifosfolípido	Embarazo de alto riesgo, livedo reticularis, trombocitopenia, hipertensión	En SAF hay anticuerpos antifosfolípidos positivos, antecedente de trombosis, $\geq 3$ abortos espontáneos, muerte fetal inexplicable, parto prematuro, daño microvascular
Artritis reumatoide	Artritis en articulaciones pequeñas, duración $>6$ semanas, inflamación articular simétrica, rigidez matutina	AR clásica presenta factor reumatoide positivo o anti-CCP, erosiones radiológicas, calor y tumefacción progresiva, fiebre leve o malestar general
Vasculitis sistémica	Fatiga, pérdida de peso, livedo reticularis, úlceras cutáneas, petequias, artralgias, afectación renal, anemia	En vasculitis típica: ANCA positivo, afectación sistémica, hemorragia alveolar, neuropatía periférica, úlceras cutáneas, angiografía con necrosis fibrinoide de vasos

---

Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Qué factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la decisión médica?
- ¿Cómo manejar el consentimiento informado en una menor con capacidad decisional?
- ¿Qué alternativas terapéuticas son aceptables desde una perspectiva ética?
- ¿Cuál es el rol del médico frente al conflicto entre paciente y familia?
- ¿Qué apoyos comunitarios o institucionales podrían activarse?

# EMI - DIABETES POR RESISTENCIA A LA INSULINA Y LEUCEMIA AGUDA - LI

Nombre: Evelyn Reyes Alvarado

Edad: 28 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Licenciatura en curso en trabajo social

Ocupación: Estudiante y trabaja

Estado civil: Soltera

Lugar de residencia: Ciudad de México

Objetivos de aprendizaje:

- Identificar los signos y síntomas de hiperglucemia severa y posibles complicaciones agudas de la diabetes
- Reconocer los hallazgos clínicos y laboratoriales que sugieren una neoplasia hematológica, como la leucemia aguda (blastos circulantes, citopenias).
- Analizar la relación entre los hallazgos clínicos (fatiga, debilidad, visión borrosa, aumento de peso) y los resultados de laboratorio para realizar un diagnóstico diferencial adecuado.
- Explicar la importancia de la evaluación integral del paciente con comorbilidades, considerando cómo la diabetes puede afectar el pronóstico y el manejo de la leucemia.
- Aplicar criterios clínicos para priorizar intervenciones iniciales en situaciones de urgencias con pacientes que presentan signos de descompensación metabólica y hematológica.
- Desarrollar un plan de comunicación efectiva con la paciente sobre la gravedad de su condición y la necesidad de seguimiento especializado.

Diagnóstico: Diabetes por resistencia a la insulina inducida por exceso de esteroides y leucemia aguda

---

Motivo de consulta: Paciente femenino de 28 años que acude al servicio de urgencias el día 14 de agosto a las 4:25 a.m. por fatiga intensa, sed excesiva y orina frecuente de 2 semanas de evolución, acompañada de visión borrosa, aumento de peso reciente y debilidad generalizada. Refiere náusea, mareo y un episodio de confusión mental. El padecimiento actual se acompaña de hinchazón facial y abdominal desde hace 3 meses, con sensación de debilidad muscular progresiva.

---

- Signos vitales: TA: 118/75 mmHg, FC: 98 lpm FR 20, SO2 90%, Temperatura 36.7°C.

Historia clínica (interrogatorio y exploración física):

Dimensión biológica:

- Antecedente de abuelos materno con HTA y DM2, abuela paterna con EPOC, Madre con artritis reumatoide y DM2, padre con DM2.
- Dieta alta en carbohidratos y grasas. Actividad física: no realiza.
- Sin antecedentes personales patológicos de importancia. Consumo de alcohol ocasional (2 copas en reuniones).
- AGO: menarca 12 años, ciclos regulares de 28x 6, FUM: 28/06/2025 sin inicio de IVSA . MPF: negado. Niega citología cervical. G 0 A0 P0 C0.

- Signos clínicos de importancia: Facies edematosa, mucosas pálidas, campos pulmonares sin estertores ni sibilancias. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, abdomen globoso, sin dolor a la palpación superficial y profunda, peristalsis leve, sin datos de irritación peritoneal, extremidades superiores e inferiores sin alteraciones
- Laboratorios: Glucosa en sangre: 150 mg/dL HbA1c: 9.5 % Pruebas de función suprarrenal: cortisol elevado. Hemoglobina: 8.2 g/dL Hematocrito: 25% Leucocitos Totales: 42,500/ microlitro Neutrofilos segmentados: 1200 Linfocitos 3000 Monocitos 2000 Plaquetas 28,000 VCM 88 fl HCM 29 pg Reticulocitos 0.5% Frotis de sangre periférica: abundantes blastos mieloides (36%), algunos con bastones de Auer. Plaquetas escasas y pequeñas.

Dimensión psicológica:

- Incertidumbre sobre su salud
- ansiedad, miedo o estrés ante el hallazgo de leucemia y diabetes.
- Depresión o desmotivación: debido a la fatiga crónica, la debilidad y la interrupción de su vida cotidiana.
- Estrés por cambios en el estilo de vida: ajustes en dieta, actividad física, medicación y hospitalizaciones frecuentes.

Dimensión social:

- Impacto laboral o académico: ausencias o disminución de productividad debido a la enfermedad y consultas médicas frecuentes.
- Condiciones socioeconómicas: acceso a tratamiento, medicamentos, seguimiento especializado y transporte a centros médicos.

Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

Dimensión	Hallazgos clave	Intervención sugerida
<b>Biológica</b>	Fatiga, polidipsia, poliuria, visión borrosa, náusea, riesgo de cetoacidosis diabética, aumento de peso reciente + debilidad muscular progresiva	Control metabólico inmediato Derivación urgente a hematología para confirmar leucemia Inicio de protocolo de tratamiento de leucemia Monitoreo y seguimiento estricto
<b>Psicológica</b>	Ansiedad, miedo o estrés asociados al diagnóstico	Explicación clara y comprensible de la enfermedad, tratamiento y efectos secundarios Educación en adherencia y manejo de síntomas
<b>Social</b>	Estrés económico por estudios de rutina	Educación familiar sobre signos de alarma de cáncer, DM y leucemia Fomentar apoyo familiar en cambio de hábitos

### Diagnóstico Probable (con enfoque diferencial):

- Diagnóstico principal:
  - Diabetes mellitus tipo 1 (E10)
  - Leucemia aguda (C 91.0)
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - DM2 (E11)
  - Leucemia mieloide aguda (C92)
  - Hipotiroidismo (E03)

### Plan de atención en Atención primaria en Salud (APS)

- Escucha activa
- Monitoreo cercano de glucosa, signos de infección, evolución de citopenias y complicaciones metabólicas.
- Coordinación con atención secundaria y terciaria para asegurar continuidad del manejo multidisciplinario.

Elementos del diagnóstico diferencial. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuál se descarta?

<b>Diagnóstico</b>	<b>Criterios compatibles</b>	<b>Argumentos en contra</b>
Diabetes mellitus 2	Edad adulta joven (cada vez más frecuente en <40), aumento de peso reciente, resistencia a insulina sugerida, fatiga, polidipsia y poliuria progresiva, historia familiar de diabetes, posible síndrome metabólico (debilidad muscular leve)	Inicio agudo con síntomas graves (confusión, náusea, fatiga intensa), pérdida de peso, hallazgos hematológicos que NO corresponden a DM2, ausencia de resistencia a insulina o síndrome metabólico
Leucemia mieloide aguda	Citopenias múltiples (anemia, trombocitopenia, leucopenia), presencia de blastos en sangre periférica, debilidad progresiva, fatiga, hinchazón facial y abdominal	Síntomas de inicio leve y no progresivos por meses, ausencia de coagulopatía grave o hemorragias significativas
Hipo - tiroidismo	Aumento de peso reciente, debilidad muscular progresiva, fatiga crónica, edema facial leve, sensación de hinchazón general, intolerancia al frío, letargo o confusión leve	Inicio agudo de síntomas (poliuria, polidipsia, confusión aguda), presencia de citopenias y blastos circulantes, síntomas de visión borrosa y náusea (atípicos de hipotiroidismo)

### Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Qué factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la decisión médica?
- ¿Cómo podría una leucemia aguda alterar el manejo de la diabetes?
- ¿Qué complicaciones pueden surgir si se manejan por separado, sin integración clínica?
- ¿Cómo afecta el uso de esteroides tanto a la glucosa como al sistema hematopoyético?
- ¿Cómo comunicarías la sospecha de una condición grave (leucemia) sin causar pánico?
- ¿Cómo involucrarías a la paciente en la toma de decisiones en un contexto de urgencia?
- ¿Cómo explicarías el pronóstico y los siguientes pasos sin generar alarma excesiva?

# EMI- ESTRÉS POSTRAUMÁTICO - CL

Nombre: Guadalupe Cruz

Edad: 22 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Bachillerato concluido

Ocupación: Empleada en una panadería local

Estado civil: Soltera

Lugar de residencia: Comunidad semiurbana en el Valle del Mezquital, Hidalgo

Composición familiar: Vive con sus padres y una hermana menor

Condición socioeconómica: Limitada; su familia depende del ingreso del padre (albañil eventual) y del trabajo de las hijas

Objetivos de aprendizaje:

- Analizar el caso clínico desde el modelo biopsicosocial, con énfasis en la APS
- Reconocer la importancia de la ética médica, la relación médico-paciente y la seguridad del paciente y del médico en la atención a víctimas de violencia sexual.
- Aplicar estrategias de comunicación clínica y consejería en la entrega de noticias difíciles.
- Promover comprensión del contexto sociocultural y económico del proceso salud-enfermedad.

Diagnóstico: Trastorno de estrés postraumático

---

Motivo de consulta: Primera fase del caso: Consulta inicial (la paciente acude sola a consulta para revisión en el hospital posterior al proceso en el MP tras la denuncia) "Me dijeron que tenía que hacerme una revisión después de lo que me pasó." Contextualización del diagnóstico: Guadalupe acude al centro de salud dos días después de haber sido víctima de una violación. Durante la entrevista médica muestra llanto constante, ansiedad y miedo a hablar del evento. Refiere insomnio, pesadillas recurrentes, hipervigilancia y pensamientos intrusivos. Expresa culpa y vergüenza, además de evitar lugares o personas que le recuerdan la agresión. Como parte del protocolo se realiza prueba rápida de VIH, sífilis y hepatitis C, las cuales resultan negativas, se da tratamiento profiláctico para VIH y se da cita de seguimiento en 3 meses para repetición de las pruebas.

Segunda fase del caso: Consulta de seguimiento, acude a consulta con familiares. Motivo de consulta: Como parte del seguimiento trimestral, se le realiza una prueba de ELISA (la paciente no sabe para qué es ni para qué sirve) y la refieren a consulta para la revisión del resultado. La paciente se quedó con el resultado inicial de que todo estaba bien y no completó el tratamiento profiláctico; vendió los medicamentos para ayudar a su familia. La prueba rápida es positiva para VIH.

Historia clínica (interrogatorio y exploración física):

Dimensión biológica:

- Antecedente de abuelos con HTA y DM2.
  - Dieta adecuada en cantidad y calidad. Actividad física: no realiza.
  - Sin antecedentes personales patológicos de importancia. AGO: menarca 12 años, ciclos regulares de 28x 5, FUM: 11/10/2025 IVSA 20 años. MPF: condón. G0 A0 P0 C0.
  - Signos clínicos de importancia: Cefalea tensional, fatiga, trastornos del sueño, náuseas e inapetencia por activación neurovegetativa, tensión muscular y respuestas somáticas ante estímulos asociados al trauma
  - Laboratorios: BH: normal, QS normal, prueba rápida de VIH reactiva, prueba de hepatitis C y sífilis no reactivas
- 

Dimensión psicológica:

- Reviviscencias del evento (imágenes, pesadillas, pensamientos recurrentes).
- Conductas de evitación (no salir sola, no hablar del tema).
- Estado de alerta constante e hipervigilancia.
- Culpa, vergüenza y sentimiento de desvalorización.
- Episodios de llanto y dificultad para concentrarse

Dimensión social:

- Vive con familia tradicional, de religión católica y normas rígidas.
- No ha revelado el evento a la familia por miedo al rechazo y al estigma.
- Condiciones económicas limitadas: ingreso familiar de dos salarios mínimos.
- Vive en zona semiurbana con acceso limitado a servicios especializados.
- La falta de red de apoyo emocional y el temor a la exclusión agravan la evolución del trauma. La respuesta familiar basada en el silencio o la culpa podría aumentar el aislamiento y la depresión.

Valoración desde el Modelo Biopsicosocial en APS:

<b>Dimensión</b>	<b>Hallazgos clave</b>	<b>Intervención sugerida</b>
<b>Biológica</b>	Cefalea tensional, fatiga y trastornos del sueño, náuseas e inapetencia por activación neurovegetativa, tensión muscular y respuestas somáticas ante estímulos asociados al trauma	<p>Psicoterapia o farmacoterapia leve</p> <p>Contención emocional</p> <p>Promover higiene del sueño, monitoreo nutricional y derivación a salud mental si cuadro se intensifica</p> <p>Dimensión ética y seguridad del paciente</p>
<b>Psicológica</b>	Reviviscencias del evento, conductas de evitación, estado de alerta constante e hipervigilancia, culpa, vergüenza y desvalorización, episodios de llanto y dificultad para concentrarse	<p>Intervención breve centrada en el trauma (modelo cognitivo-conductual)</p> <p>Psicoeducación: normalizar reacciones post-evento violento</p> <p>Técnicas de respiración, relajación y autocontrol para controlar el pánico</p> <p>Canalización a psicología o psiquiatría</p> <p>Seguimiento cada 2 semanas</p>
<b>Social</b>	Vive con familia tradicional, no ha revelado el evento por miedo al rechazo, condiciones económicas limitadas, acceso limitado a servicios especializados, falta de red de apoyo emocional, temor a la exclusión, depresión y aislamiento por respuesta familiar	<p>Trabajo social urgente: búsqueda de redes comunitarias seguras (mujeres solidarias, programas de salud mental)</p> <p>Enlace con servicios estatales de apoyo a víctimas (Instituto Hidalguense de las Mujeres, DIF estatal)</p> <p>Orientación sobre derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Coordinación intersectorial: salud, justicia y desarrollo social</p>

- Diagnóstico Probable (con enfoque diferencial):
- Diagnóstico principal:
  - Trastorno de estrés postraumático (CIE-11: 6B40).
- Diagnósticos diferenciales a considerar:
  - Trastorno de adaptación.
  - Episodio depresivo leve o mixto.
  - Trastorno de ansiedad generalizada.

## Plan de atención en Atención primaria en Salud (APS)

- Prescripción de psicoterapia o farmacoterapia leve. Contención emocional. Consultoría dirigida a promover higiene del sueño, monitoreo del estado nutricional y derivación a salud mental si el cuadro se intensifica. Intervención breve centrada en el trauma (modelo cognitivo-conductual).
- Psicoeducación. Técnicas de respiración, relajación y auto control para controlar el pánico.
- Canalización a psicología o psiquiatría comunitaria. Seguimiento telefónico o presencial cada dos semanas.

---

## Elementos del diagnóstico diferencial

Pregunta guiada: ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles deben descartarse?

<b>Diagnóstico</b>	<b>Criterios compatibles</b>	<b>Argumentos en contra</b>
Trastorno de adaptación	Evento estresante identificable (violación), malestar emocional como ansiedad, deterioro funcional: trastornos del sueño, dificultad para concentrarse, aparición reciente	En trastorno de adaptación NO hay reviviscencias vívidas del trauma, evitación intensa ni hipervigilancia persistente a estímulos traumáticos
Episodio depresivo leve o mixto	Alteraciones del sueño, inapetencia, llanto frecuente, sentimiento de culpa, vergüenza y desvalorización, disminución de funcionalidad diaria	En depresión suele haber humor depresivo la mayor parte del día, no suele haber hipervigilancia, reviviscencias ni pesadillas. Suele haber cambios en el patrón del sueño como dormir menos o más; no alimentación: comer menos o más
Trastorno de ansiedad generalizada	Ansiedad persistente, tensión muscular, dificultad para dormir, fatiga, inquietud o activación neurovegetativa	En ansiedad generalizada la preocupación es generalizada sobre salud, economía, familia. No hay evitación de estímulos relacionados con un trauma ni hipervigilancia desencadenada por evento traumático. El curso suele ser crónico, no abrupto tras un evento

---

## Elementos para la discusión y cierre del caso

- ¿Qué actitudes o frases evitaría el médico para no revictimizar a la paciente?
- ¿Cómo se equilibra la empatía con la protección emocional del profesional de salud?
- ¿Cómo debería el médico abordar la comunicación del diagnóstico positivo?
- ¿Cómo la APS puede servir como puente entre la atención médica y el apoyo social integral?
- ¿Qué factores biopsicosociales influyeron en el curso del caso?
- ¿Qué dilemas éticos enfrenta el profesional de salud?
- ¿Cómo se garantiza la seguridad emocional del paciente y del médico?



## REFERENCIAS

- Biggs, J. (2005). Teaching for quality learning at university (2nd ed.). Open University Press.
- Boud, D. (2000). Sustainable assessment: Rethinking assessment for the learning society. *Studies in Continuing Education*, 22(2), 151-167. <https://doi.org/10.1080/713695728>
- Boud, D. (2015). Feedback: Ensuring that it leads to enhanced learning. *The Clinical Teacher*, 12(1), 3-7.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Eraut, M. (1994). Developing professional knowledge and competence. Falmer Press.
- Flores, F., Vega, M. y De la Cruz, L. (2019). Modelo de evaluación integrativa. *Virtual Educa: Innovación, desarrollo e inclusión. Foro internacional de educación superior. "Universidad 2030: Reimaginando la Educación Superior"*



## REFERENCIAS

- Flores. F. y Rodríguez. L. (2023). Adecuación curricular del modelo de evaluación integrativa a los procesos de gestión institucional - Debates en evaluación y currículum., Universidad Autónoma de Tlaxcala, (7). 7. Septiembre, 2023. ISSN: 2448 - 6574: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://centrodeinvestigacioneducativauatx.org/publicacion/pdf2023/C036.pdf.
- Metzger, M. J., & Ehring, T. (2019). Learning from errors: Error management training and its impact on learning and transfer. *Journal of Applied Psychology*, 104(4), 560-578.
- Mislevy, R. J. (2018). Evidence-centered design. In E. de Ayala (Ed.), *The Wiley handbook of psychometric testing*. Wiley.
- Nelson, T. O., & Kosslyn, S. M. (2018). Precision education: Educational neuroscience meets educational practice. *NPJ Science of Learning*, 3(1), 1-7.
- Norman, G. (2005). Research in clinical reasoning: Past history and current trends. *Medical Education*, 39(4), 418-427.
- Pellegrino, J. W., Chudowsky, N., & Glaser, R. (2001). *Knowing what students know: The science and design of educational assessment*. National Academy Press.
- Sargeant, J. et al. (2010). The processes and dimensions of informed self-assessment. *Academic Medicine*, 85(7), 1212-1220.
- Wainer, H. (2000). *Computerized adaptive testing: A primer* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

# VIDEO TESTIMONIOS DE LOS ESTUDIANTES

SIMPOSIO

## “LA SALUD DIGITAL Y LA FORMACIÓN DE LA COMPETENCIA CLÍNICA EN EL CICLO BÁSICO DE MEDICINA”

CELEBRADO EL 8 DE MAYO DE 2025



# Testimonios de los estudiantes



Agradecemos la participación de los estudiantes de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Medicina Intermédica que participaron en este simposio:

- Abby Cortes
- Alejandra Méndez
- Alicia Gisela López
- Andrea Contreras
- Derek López
- Fernanda López
- Jorge Emilio Legorreta
- Melisa Elizalde
- Nahomi Oregón
- Nitzumy Rios
- Samantha Deheza
- Sebastian González

[Ingresar al video](#)  
[aquí](#)

# AUTORES



**Dr. en Psic. Fernando Flores H**



**Est. Karime Sileu Díaz L**



**Est. Alicia Gisela López H**



**Dra. Angélica García Gómez**



**Dr. Armando Ortíz M.**



**Dra. Ángelica Licon V.**



**MPSS. Ximena Duarte S.**



**MPSS. María Fernanda Vaca A.**

# AGRADECIMIENTOS



**Est. Emmanuel Volpi**



**Est. Michel Alexandra Castro**



**Est. Diego Saúz**

Por su colaboración en el desarrollo de casos clínicos de primero y segundo año y de su instrumentación de la Escuela de Medicina Intermédica del Sistema Incorporado de la UNAM



**Lic. Evelyn Rodríguez**

Por sus observaciones al presente manual



Facultad de Medicina



Secretaría de Educación Médica

