



TÉCNICO SUPERIOR
EN DOCUMENTACIÓN
Y ADMINISTRACIÓN
SANITARIAS

Terminología clínica y patología

COORDINADORES

Antonio Parada Artigues

M.^a Guadalupe Espinosa Fernández



Autores

Coordinadores

Antonio Parada Artigues

Licenciado en Ciencias Biológicas por la Universidad de Valencia. Máster en Dirección y Gestión de Centros Educativos por la Universidad Cardenal Herrera. Titulado en Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citología. Técnico Superior en Dietética. Profesor de Educación Secundaria, especialidad Procesos Sanitarios y Asistenciales. Valencia

M.^a Guadalupe Espinosa Fernández

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia. Máster en Dietética y Nutrición Humana por la Universitat de les Illes Balears. Titulada en Técnico Superior en Documentación Sanitaria. Profesora de Educación Secundaria, especialidad Procesos Sanitarios y Asistenciales. Valencia

Índice

Capítulo 1

| | |
|---|----|
| Identificación de la estructura y formación de los términos clínicos | 13 |
| 1. Origen de la terminología clínica..... | 14 |
| 2. Características generales de los términos médicos..... | 15 |
| 3. Tipos semánticos de términos médicos..... | 16 |
| 4. Estructura y construcción de términos médicos..... | 16 |
| 5. Raíces, prefijos, sufijos y partículas en la terminología médica..... | 20 |
| 6. Normalización en la terminología clínica..... | 30 |
| 7. Abreviaturas en la documentación sanitaria..... | 31 |

Capítulo 2

| | |
|---|----|
| Reconocimiento de la estructura y la organización general del organismo humano | 41 |
| 1. Sistemas y aparatos del organismo..... | 42 |
| 2. Funciones de los distintos aparatos y sistemas..... | 66 |
| 3. Regiones y cavidades corporales..... | 70 |
| 4. Terminología de dirección y posición..... | 73 |
| 5. Procesos fisiopatológicos..... | 75 |
| 6. Especialidades médicas y quirúrgicas..... | 82 |

Capítulo 3

| | |
|--|----|
| Reconocimiento de los trastornos del sistema cardiovascular | 91 |
| 1. Parámetros funcionales..... | 92 |
| 2. Manifestaciones cardíacas..... | 94 |
| 3. Manifestaciones vasculares..... | 95 |

| | |
|--|-----|
| 4. Enfermedades cardíacas | 96 |
| 5. Patología vascular | 104 |
| 6. Trastornos de la sangre y los órganos hematopoyéticos | 112 |
| 7. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos | 122 |

Capítulo 4

| | |
|--|-----|
| Reconocimiento de los trastornos del aparato respiratorio | 137 |
| 1. Fisiología de la respiración | 138 |
| 2. Manifestaciones respiratorias | 144 |
| 3. Patología respiratoria..... | 148 |
| 4. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos | 158 |

Capítulo 5

| | |
|---|-----|
| Reconocimiento de los trastornos del aparato digestivo | 169 |
| 1. Proceso de digestión y absorción..... | 170 |
| 2. Metabolismo de los alimentos | 179 |
| 3. Trastornos de la nutrición | 183 |
| 4. Manifestaciones digestivas | 188 |
| 5. Enfermedades del tubo digestivo..... | 189 |
| 6. Hernias de la cavidad abdominal | 200 |
| 7. Patología hepática y biliar | 201 |
| 8. Patología pancreática | 204 |
| 9. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos | 206 |

Capítulo 6

| | |
|--|-----|
| Reconocimiento de los trastornos del aparato genitourinario | 217 |
| 1. Fisiología renal. Formación de la orina | 218 |
| 2. Manifestaciones urinarias..... | 224 |
| 3. Patología renal..... | 226 |
| 4. Patología de las vías urinarias | 231 |
| 5. Patología genital masculina | 235 |
| 6. Patología genital femenina..... | 238 |
| 7. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos..... | 244 |
| Soluciones “Evalúate tú mismo” | 255 |



CAPÍTULO

1

IDENTIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y FORMACIÓN DE LOS TÉRMINOS CLÍNICOS

*Antonio Parada Artigues,
M.^a Guadalupe Espinosa Fernández*

Sumario

1. Origen de la terminología clínica
 2. Características generales de los términos médicos
 3. Tipos semánticos de términos médicos
 4. Estructura y construcción de términos médicos
 5. Raíces, prefijos, sufijos y partículas en la terminología médica
 6. Normalización en la terminología clínica
 7. Abreviaturas en la documentación sanitaria
- Resumen, glosario, abreviaturas y siglas, ejercicios y test de evaluación

Conocer la **terminología médica** es fundamental para la correcta **comunicación** entre profesionales dentro del entorno sanitario. Por ello, en este capítulo vamos a hablar del **origen de los términos médicos** y de cómo se lleva a cabo su **elaboración**.

También estudiaremos la **relación semántica** entre distintos términos y veremos las **raíces, sufijos, prefijos** y tipos de **abreviaturas** de uso más común.

I. ORIGEN DE LA TERMINOLOGÍA CLÍNICA

El origen de la **terminología clínica** se encuentra unido a la práctica clínica, aproximadamente en el siglo v a.C. en la Antigua Grecia. Surgió como respuesta a la **necesidad de definir, describir y comunicar** todos aquellos conocimientos que aparecían a raíz de la **actividad médica** desde un punto de vista **científico**.

Los términos empleados en la medicina científica provenían del vocabulario usado en otros ámbitos de la época. Así pues, provenían del vocabulario relacionado con la **magia y la medicina basada en las creencias**, del **vocabulario popular** y, por supuesto, del **vocabulario filosófico**.

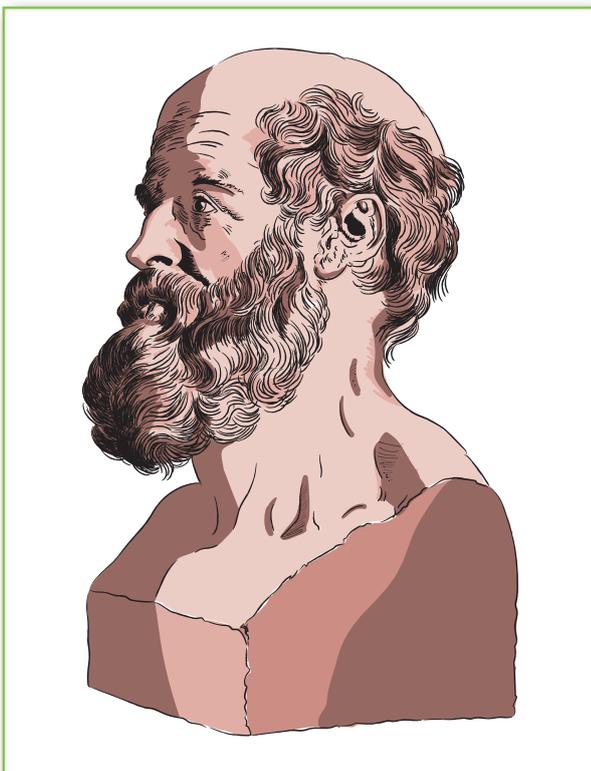


Figura 1. Hipócrates.

El hecho de que la medicina científica surgiera en Grecia condiciona el uso de esta lengua para la creación del **lenguaje clínico**. Sin embargo, otro factor que favoreció el mantenimiento de los términos griegos en el ámbito de la medicina es la facilidad con la que la **lengua griega** permite crear **nuevos términos**. Esta característica resulta muy importante, ya que el campo de la medicina se encuentra en constante progreso.

El *Corpus Hippocraticum* es un compendio de 50 tratados atribuidos a los seguidores Hipócrates, considerado el padre de la medicina, que ponen de manifiesto los conocimientos médicos en la Antigua Grecia expresados con un vocabulario específico (Figura 1).

Durante la época del Imperio Romano (del siglo I a.C. al siglo IV d.C.) continuó utilizándose el griego como la **lengua de la ciencia médica**. Sin embargo, durante la Edad Media (siglos V d.C. a XV d.C.) y el Renacimiento (siglo XVI) se realizaron multitud de traducciones de la lengua árabe y del griego al latín.



<http://www.sedom.es/diccionario/>

Diccionario de siglas médicas

serie de manifestaciones, entre otros. Se escriben en **mayúsculas** y suelen elaborarse con la **primera letra** de cada término que las forma. En el caso de que los términos estén unidos por **conjunciones**, estas se omiten, al igual que las terminaciones de los plurales, en cuyo caso se repite cada sigla.

Para que las siglas médicas sean de utilidad deben tener un significado unívoco y conocido por todos los usuarios, en este caso los trabajadores del ámbito sanitario (facultativos, enfermeros, técnicos...) (Tabla 1).

TABLA 1

Siglas médicas comunes

| | |
|---|---|
| ACE: antígeno carcinoembrionario | FPP: fecha probable de parto |
| ACP: ambos campos pulmonares | FSH: hormona folículo estimulante |
| ACV: accidente cerebro vascular | FUM: fecha de última menstruación |
| ARN: ácido ribonucleico | GPT: transaminasa glutámico piruvato |
| ASA: ácido acetil salicílico | GH: hormona del crecimiento |
| ATP: trifosfato de adenosina | Hb: hemoglobina |
| BAV: bloqueo aurículo ventricular | HDL: lipoproteína de alta densidad |
| BCG: bacilo de Calmette y Guérin | HG: hormona del crecimiento |
| BK: bacilo de Koch, Mycobacterium tuberculosis | Hma: hemograma |
| BPN: bajo peso al nacer | HPB: hiperplasia prostática benigna (en inglés, BPH) |
| Bypass: derivación, puente, cortocircuito | HTA: hipertensión arterial |
| DNT: desnutrición | HVDA: hemorragia de vías digestivas altas |
| ECG: electrocardiograma | HVDB: hemorragia de vías digestivas bajas |
| EDA: enfermedad diarreica aguda | IM: intramuscular |
| EDC: enfermedad diarreica crónica | IMC: índice de masa corporal |
| EDX: electrodiagnóstico | IAM: infarto agudo de miocardio |
| EEG: electroencefalograma | IPA: incapacidad permanente absoluta |

(Continúa en la página siguiente)

Para facilitar el estudio del cuerpo humano, lo dividimos en **sistemas** o **aparatos**.

Los **sistemas** se definen como el conjunto de órganos constituidos por los mismos tejidos. Por ejemplo: sistema óseo, muscular, tegumentario, nervioso o endocrino.

Los **aparatos** se definen como un conjunto de órganos formados por diferentes tejidos que participan en la realización de una misma función. Mientras que algunos aparatos funcionan independientemente, otros necesitan de la participación de varios aparatos para realizar su función. Por ejemplo: aparato digestivo, respiratorio, cardiovascular, urinario y reproductor.



Los aparatos se definen como un conjunto de órganos formados por diferentes tejidos que participan en la realización de una misma función.

I.1. Clasificación

El cuerpo humano en su conjunto realiza tres **funciones vitales: nutrición, relación y reproducción**. Además, para que puedan ser realizadas correctamente es necesaria la **coordinación** de los distintos aparatos y sistemas que participan en cada una de ellas (Figura 2).

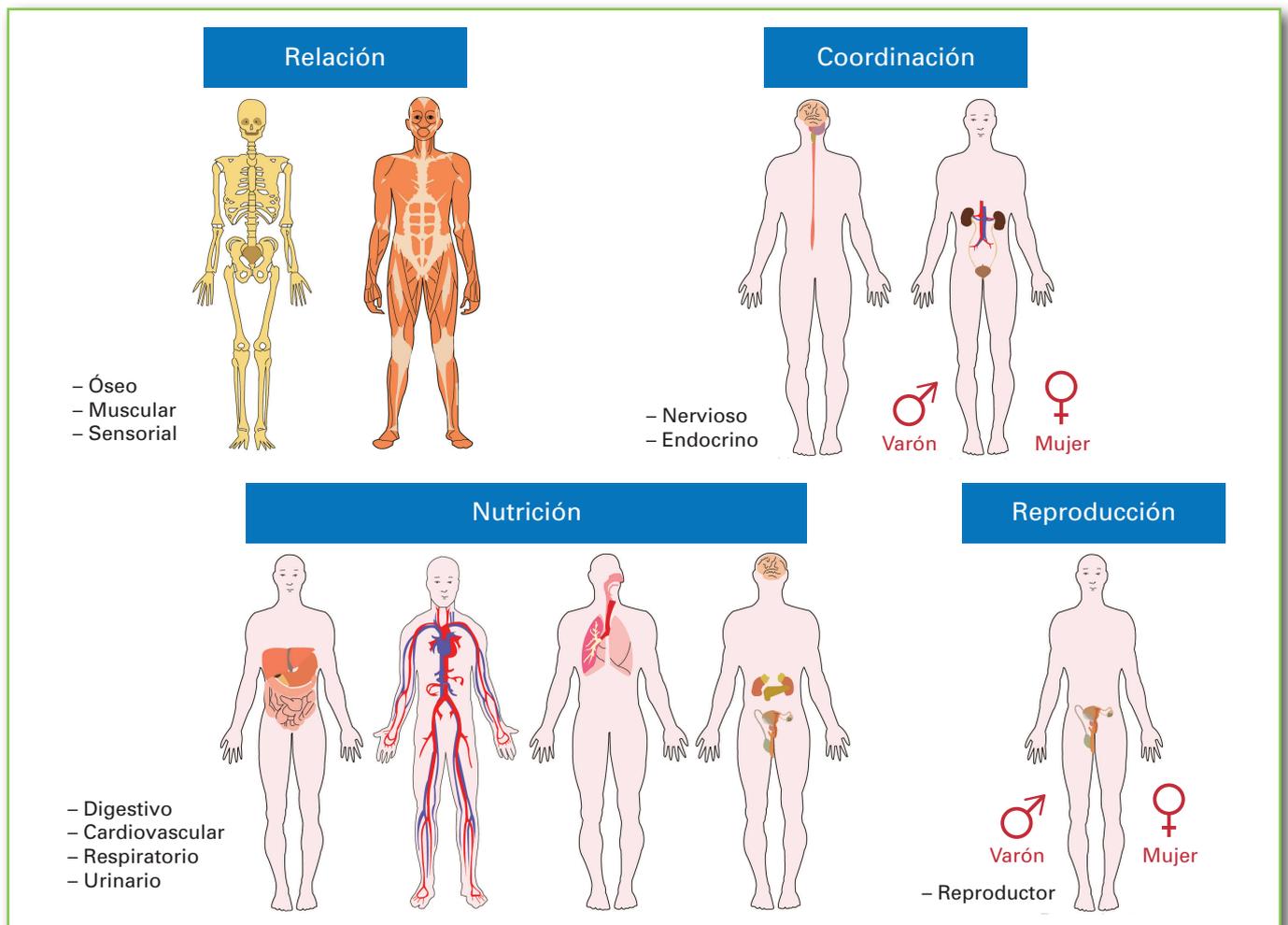


Figura 2. Funciones vitales.

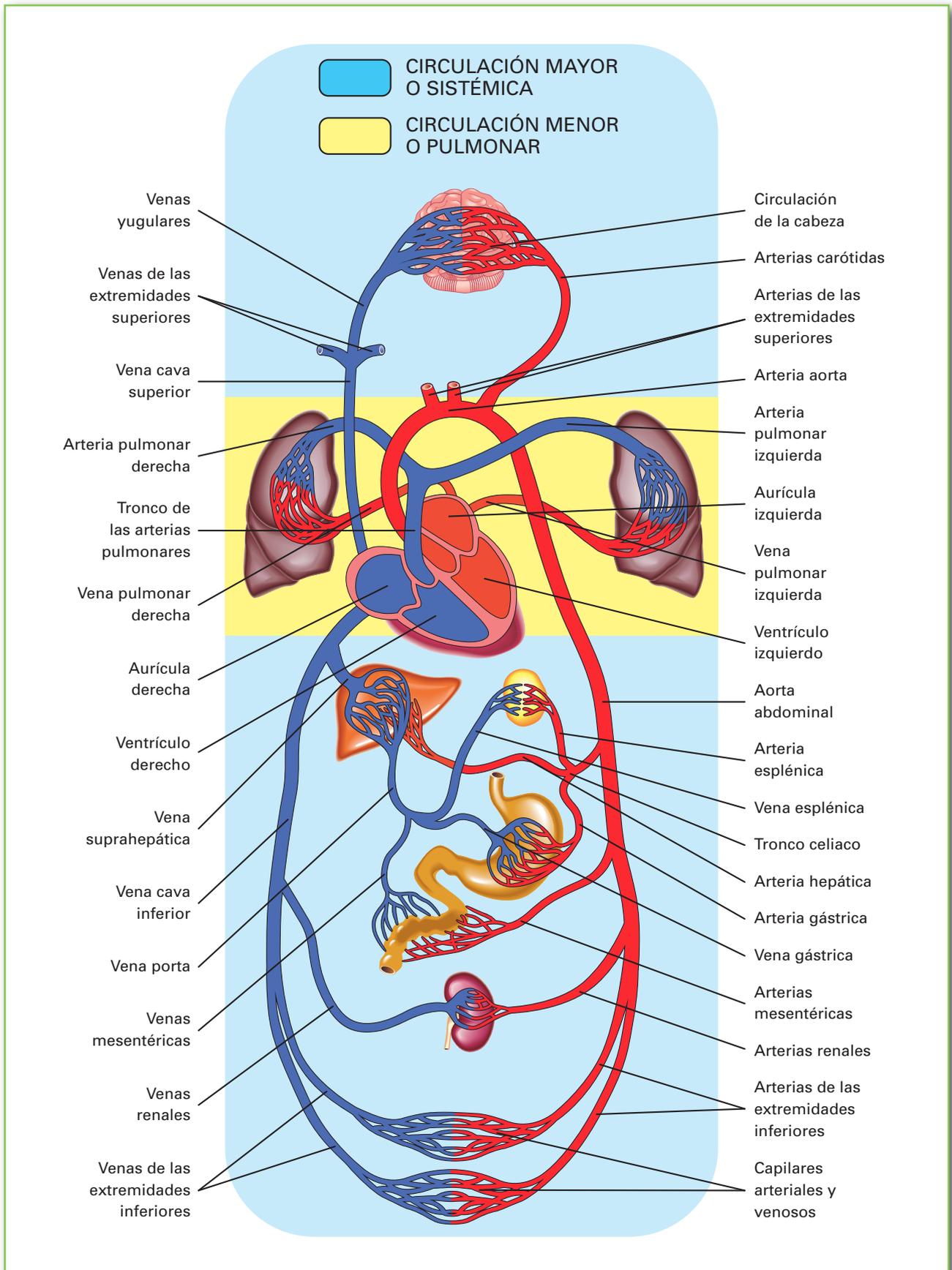


Figura 9. Circulación mayor y circulación menor.



<https://secardiologia.es/>

Sociedad Española de Cardiología



<http://sectcv.es/>

Sociedad Española
de Cirugía Torácica-Cardiovascular



Figura 3. Toma del pulso.

Puede identificarse en las **arterias superficiales** y su **intensidad** depende de su distancia al corazón y de la presión arterial.

El pulso se determina por palpación o mediante **pulsímetros**, aparatos electrónicos que presentan sensores capaces de reconocer el pulso arterial.

Los **lugares** más habituales donde se puede tomar el pulso son la arteria carótida externa, braquial, radial, femoral, poplítea y pedia.

1.3. Ritmo cardiaco

El **ritmo cardiaco** es la cadencia con la que se producen las contracciones cardiacas. En condiciones normales, el ritmo cardiaco debe ser constante y presentar una frecuencia de entre 60 y 100 contracciones por minuto en reposo.

2. MANIFESTACIONES CARDIACAS

Algunas de las **manifestaciones** que pueden ser sugestivas de alteraciones cardiacas son las siguientes:

- › **Dolor precordial.** Es un dolor opresivo localizado en el pecho que puede irradiar a brazo o espalda. Generalmente es producido por procesos isquémicos agudos.
- › **Taquicardia.** Supone un aumento de la frecuencia cardiaca por encima de los 100 lpm. Puede ser el reflejo de una insuficiencia cardiaca, en el intento del corazón por impulsar la sangre hacia el territorio arterial. Son alteraciones en la transmisión del impulso

Los **sensores o receptores** de los cambios que se producen fundamentalmente en la composición química de la sangre, informan al controlador central y este responde dando órdenes a los músculos respiratorios para que modifiquen la frecuencia o profundidad de la respiración.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

El ser humano respira unas 12-15 veces por minuto y el cerebro, por su parte, sincroniza el **ritmo de la respiración** a las necesidades del cuerpo. Sin embargo, todos somos capaces de contener la respiración de forma voluntaria por breves espacios de tiempo. ¿Qué procesos internos limitan la duración de la **apnea voluntaria**? Una de las hipótesis planteadas defiende que el **diafragma** es el responsable de esta limitación. El diafragma envía señales al cerebro para informarle sobre el tiempo que lleva contraído y sobre las reacciones bioquímicas que experimenta ante el descenso de oxígeno y el aumento de dióxido de carbono. Al principio, estas señales solo causan una mera molestia, pero si persisten acaban resultando intolerables y el cerebro ordena reanudar la respiración.



1.2. Intercambio de gases

Una vez ventilados los alveolos, el proceso de la respiración continúa con la difusión, a través de la membrana respiratoria, del oxígeno desde los alveolos a los capilares y del dióxido de carbono a la inversa.

En las unidades respiratorias, compuestas por un bronquiolo respiratorio, conductos alveolares y alveolos, tiene lugar la **difusión de los gases** (Figura 3).

El diámetro de los capilares pulmonares es de unas 5 micras. Como consecuencia de ello, los hematíes deben deformarse para poder transitar por ellos. De esta forma, la pared de los hematíes está en íntimo contacto con la pared de los capilares y el oxígeno y el dióxido de carbono no deben atravesar el plasma al difundir. Este hecho aumenta la **velocidad de difusión**. Los factores que influyen en la difusión de los gases a nivel de la membrana alveolocapilar son:

- › Grosor de la membrana alveolocapilar.
- › Superficie de la membrana alveolocapilar.
- › Gradiente de presión del gas entre los dos lados de la membrana alveolocapilar.
- › Coeficiente de difusión del gas en la membrana alveolocapilar.



En las unidades respiratorias, compuestas por un bronquiolo respiratorio, conductos alveolares y alveolos, tiene lugar la difusión de los gases.

El **grosor** de la membrana alveolocapilar puede verse incrementado por la presencia de edema intersticial o alveolar o bien por la existencia de fibrosis pulmonar. Como ya se mencionó, la difusión de los gases a través de una membrana es inversamente proporcional a su grosor, de manera que cualquier circunstancia que aumente 2 o 3 veces el espesor normal de la membrana interfiere significativamente el intercambio de gases.

La **superficie** de la membrana alveolocapilar puede verse reducida por diversas causas como el enfisema o la extirpación de todo o parte de un pulmón. Se sabe que la difusión de los gases a través de una membrana es directamente proporcional a la superficie de esta, de modo que cualquier factor que reduzca entre $\frac{1}{3}$ y $\frac{1}{4}$ la superficie total de la membrana alveolocapilar dificulta significativamente el intercambio de gases.

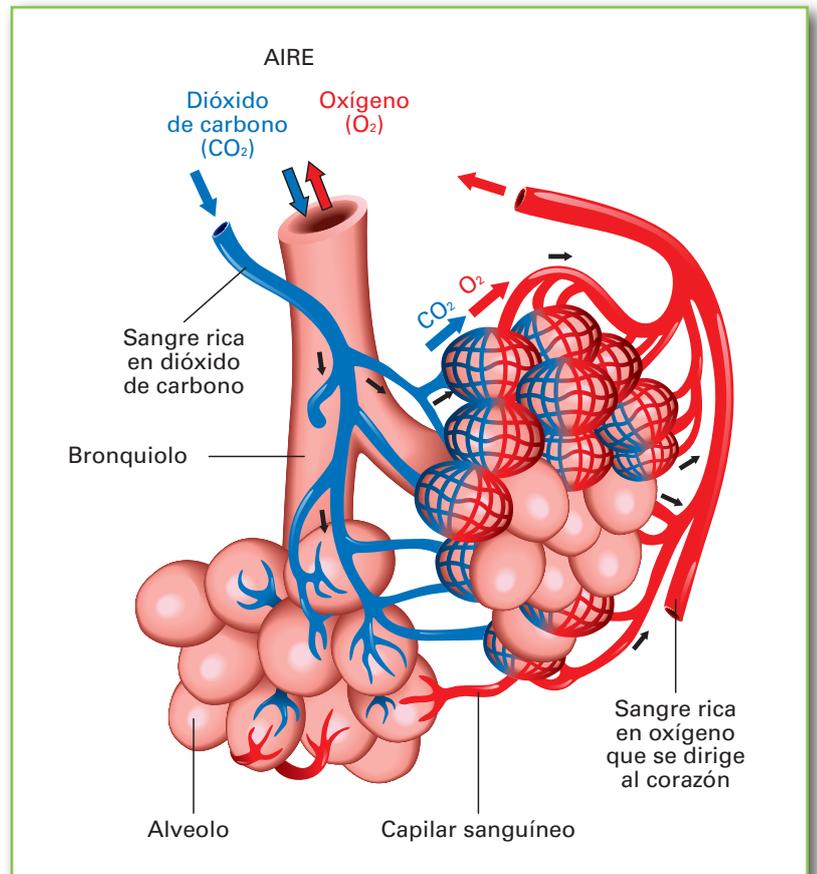


Figura 3. Intercambio de gases.

En cuanto al **gradiente de presión o diferencia de presión** entre los dos lados de la membrana alveolocapilar, las moléculas de oxígeno y de dióxido de carbono tienden a moverse a través de la membrana alveolocapilar, de forma que la difusión neta será mayor desde el lado donde la presión parcial del gas sea mayor hacia el lado donde sea menor. La presión parcial de oxígeno es mayor en el alveolo que en la sangre capilar. Por ello, hay una difusión neta de oxígeno de los alveolos a la sangre. Por el contrario, la presión parcial de dióxido de carbono es mayor en la sangre capilar que el alveolo y la difusión neta se produce desde la sangre al alveolo.

El **coeficiente de difusión** de un gas a través de la membrana alveolocapilar depende de la solubilidad del gas en la membrana y de su peso molecular. Para una misma diferencia de presión, el dióxido de carbono difunde a través de la membrana respiratoria 20 veces más rápido que el oxígeno, y el oxígeno 2 veces más rápido que el nitrógeno.

Un concepto a tener en cuenta es la **capacidad de difusión de la membrana alveolocapilar**. Expresa el volumen de un gas que difunde a través de la membrana por minuto y para una diferencia de presión de 1 mmHg.

En reposo y para un hombre joven, la capacidad de difusión del oxígeno es de 21 mL/minuto/mmHg. Sabiendo que la diferencia de presión de oxígeno a través de la membrana respiratoria en reposo es



Para una misma diferencia de presión, el dióxido de carbono difunde a través de la membrana respiratoria 20 veces más rápido que el oxígeno, y el oxígeno 2 veces más rápido que el nitrógeno.

3.3. Trastornos alimentarios. Anorexia y bulimia

Los **trastornos de la conducta alimentaria** (TCA) son un conjunto de enfermedades psiquiátricas crónicas con repercusiones orgánicas. Actualmente es la alteración psiquiátrica más frecuente en mujeres jóvenes y afecta cada vez más a los hombres. La **anorexia** y la **bulimia nerviosas** son los dos tipos de TCA mejor definidos.

La **anorexia nerviosa** se caracteriza por una dieta restrictiva, miedo a aumentar de peso y amenorrea.

La **bulimia nerviosa** se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes. En este caso los sujetos emplean distintas estrategias para evitar los efectos de estos atracones recurriendo a provocarse el vómito, ingestión de sustancias purgantes o abuso de laxantes, entre otros (Figura 16).

En ambos casos los pacientes sienten una **necesidad obsesiva** por perder peso que les lleva a una situación de malnutrición.

La aparición de esta enfermedad se debe a la **suma de factores** de distinto tipo: factores socioculturales y ambientales, el entorno familiar (conflictos, separación...), factores psicológicos (baja autoestima, trastornos afectivos) y biológicos (genéticos, metabólicos...).

La **CIE-10** establece una serie de criterios diagnósticos para los TCA (Tabla 2).



Figura 16. Control obsesivo sobre el peso corporal.

Criterios diagnósticos de trastornos alimentarios

TABLA 2

Criterios diagnósticos de CIE-10 para anorexia nerviosa

Pérdida significativa de peso (IMC < 17,5) originada por evitar el consumo de alimentos y uno o más de los siguientes síntomas

Vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo o consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos

Distorsión de la imagen corporal con miedo ante la gordura o flacidez corporales

Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como pérdida de interés y de la potencia sexual

Si es anterior a la pubertad, retraso de la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso detención de esta

(Continúa en la página siguiente)

dos partes: **corpúsculo** y **túbulo** (Figura 1). Cada una de ellas está formada por:

- 】 Corpúsculo:
 - ▶ Glomérulo: red de capilares ramificados y anastomosados entre sí.
 - ▶ Cápsula de Bowman: dilatación inicial del túbulo, con forma de embudo.
- 】 Túbulo contorneado proximal (TCP).
- 】 Asa de Henle.
- 】 Túbulo contorneado distal (TCD).
- 】 Tubos colectores.

La sangre llega al glomérulo a través de la arteriola aferente y desde allí se filtra a la cápsula de Bowman. Este líquido discurre posteriormente por el TCP, asa de Henle y TCD hasta llegar al túbulo colector. Durante su paso por las distintas secciones del túbulo, tanto el agua como las sustancias disueltas en ella sufren los procesos de reabsorción o secreción, configurándose así la orina definitiva.

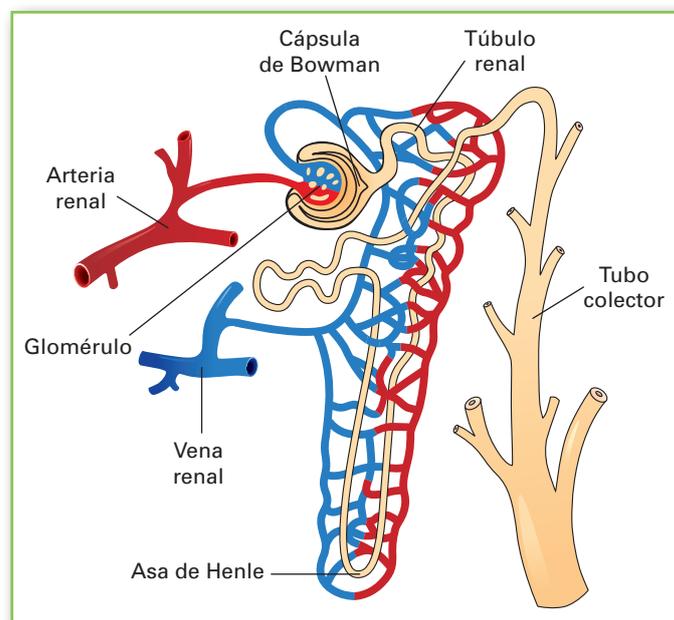


Figura 1. Partes de la nefrona.

La **formación de la orina** resulta de la integración de tres procesos: **filtración glomerular, reabsorción tubular y secreción tubular**. De manera que la excreción de orina es proporcional a la filtración y a la secreción e inversamente proporcional a la reabsorción.

$$\text{Excreción} = \text{filtración} + \text{secreción} - \text{reabsorción}$$

Las **sustancias** que se excretan por la orina pueden sufrir distintas combinaciones de estos tres procesos:

- 】 Se excreta toda la sustancia filtrada, sin ser reabsorbida ni secretada. Por ejemplo, la creatinina.
- 】 Se excreta menos cantidad de la sustancia filtrada porque hay reabsorción y no hay secreción. Por ejemplo, el sodio. Si la reabsorción iguala a la filtración no se excretará esa sustancia, es lo que ocurre con la glucosa.
- 】 Se excreta más cantidad de la sustancia filtrada por que hay secreción y no hay reabsorción. Es lo que ocurre con algunos fármacos.

Los tres procesos que intervienen en la **formación de la orina** se regulan según las necesidades del organismo. Si, por ejemplo, existe un exceso de agua en el organismo se reducirá su reabsorción y la cantidad excretada será mayor.



La formación de la orina resulta de la integración de tres procesos: filtración glomerular, reabsorción tubular y secreción tubular. De manera que la excreción de orina es proporcional a la filtración y a la secreción e inversamente proporcional a la reabsorción.

Tipos de mastitis

TABLA 3

| | |
|--|---|
| I. Mastitis infecciosas | A. Simple: 1. Puerperal 2. No puerperal B. Complicada: 1. Absceso 2. Fistulizante C. Otros: quiste infectado, galactocele infectado, seromas infectados, etc. |
| II. Mastitis no infecciosas o inflamatorias | A. De etiología desconocida: 1. Patología primaria de la mama: a) Ectasia ductal b) Fistulización periareolar recidivante: – Mastitis periductal – Absceso mamario subareolar – Fístula periareolar recidivante c) Mastitis granulomatosa 2. Pseudotumor inflamatorio B. Postraumática: necrosis grasa |
| II. Mastitis no infecciosas o inflamatorias | C. Secundarias a patología sistémica: 1. Mastopatía diabética 2. Mastitis lúpica 3. Amiloidosis 4. Sarcoidosis 5. Vasculitis: granulomatosis de Wegener, arteritis de células gigantes, sd. De Churg-Strauss, etc. 6. Enfermedad de Mondor D. Postradioterapia: mastitis rádica E. Secundarias a cuerpo extraño: 1. Mastitis oleogranulomatosa: siliconomas y parafinomas |
| III. Patología maligna que simula procesos inflamatorios benignos | A. Carcinoma inflamatorio B. Carcinoma abscesificado |

Las **neoplasias** de la mama pueden originarse en distintos tejidos:

- › **Epitelial.** Carcinomas. son los más frecuentes.
- › **Mesenquimal.** Angiosarcoma, liposarcoma, rabdomiosarcoma, leiomiomasarcoma y osteosarcoma.
- › **Mixtos.** de origen epitelial y mesenquimal. Tumor *Phyllodes*.
- › **Linfoproliferativos.** Linfomas.
- › **Metástasis.**



La práctica sistemática de mamografías a la población de riesgo, unida al autoexamen mamario, permite el diagnóstico del cáncer en fases precoces de su desarrollo, lo que aumenta significativamente los porcentajes de éxito en el tratamiento.

les o mayores de 7 mm en fragmentos más pequeños enviando ondas de choque de forma localizada sobre los cálculos previamente localizados mediante técnicas de imagen.

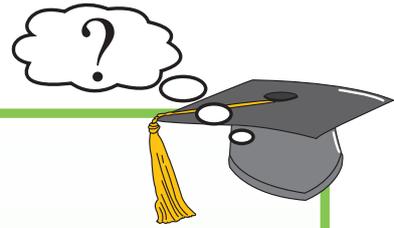
- › **Nefrolitotomía percutánea.** Consiste introducir un catéter, mediante una punción percutánea, hasta un cáliz renal. Los cálculos pueden extraerse inmediatamente o tras fragmentarlos con ultrasonidos o láser.
- › **Ureteronefroscofia.** Técnica endoscópica consistente en introducir un ureteroscopio por la uretra en sentido ascendente para la visualización y extracción retrógrada de cálculos.
- › **Cirugía abierta.** Gracias a los avances tecnológicos, las indicaciones de cirugía abierta para la eliminación de los cálculos se han visto sustancialmente reducidas.

Otros procedimientos terapéuticos frecuentes son:

- › Mastectomía parcial o total.
- › Prostatectomía radical.

RESUMEN

- ✓ El **riñón** es un órgano que realiza diversas **funciones**, entre las que destacan la eliminación de sustancias de desecho, la regulación del volumen y composición de los líquidos del organismo y la regulación del pH.
- ✓ La formación de la orina en el riñón se realiza mediante tres mecanismos: **filtración, excreción y secreción**.
- ✓ La **patología renal** se manifiesta por alteraciones en la composición de sangre y orina, edemas, hipertensión arterial, prurito, palidez y alteraciones de la micción. Este conjunto de manifestaciones se concreta en cuatro **síndromes**: nefrótico, nefrítico, insuficiencia renal aguda y enfermedad renal crónica.
- ✓ Todas las **infecciones de las vías urinarias** se caracterizan por la presencia de microorganismos en la orina. De entre ellos, la *Escherichia coli* es la etiología más frecuente.
- ✓ La presencia de **cálculos en el aparato excretor** en ocasiones es asintomática o da síntomas leves, pero lo habitual es que se presente como un **cólico nefrítico**, cuadro de dolor agudo en la fosa renal afectada con irradiación a ingle y genitales.



EJERCICIOS

› E1. Haz un dibujo de la nefrona indicando el nombre de cada una de sus partes y los procesos que ocurren en ellas para formar la orina.

› E2. Indica el significado de los siguientes términos:

- Seminoma
- Orquiepididimitis
- Colpomicosis
- Espermatocida
- Orquiopexia
- Colporrexis
- Espermatorea
- Balanoplastia
- Galactorrea
- Prostatismo
- Cervicitis
- Ginecomastia
- Prostatectomía
- Cervicectomía
- Orquiectomía
- Colpocistocele

› E3. Indica la función de cada una de las siguientes estructuras:

- Riñón
- Aparato yuxtaglomerular
- Vesículas seminales
- Uréter/uretra
- Testículo
- Útero
- Vejiga
- Próstata
- Trompas de Falopio
- Corpúsculo renal
- Pene
- Ovario
- Túbulo renales

› E4. Relaciona los síntomas que aparecen en el cuadro de la izquierda con las enfermedades del cuadro de la derecha.

| |
|---------------------|
| Bacteriuria |
| Hematuria |
| Edemas |
| Retención de orina |
| Anuria |
| Piuria |
| Hipercreatinemia |
| Disuria |
| Glucosuria |
| Poliuria |
| Anemia |
| HTA |
| Proteinuria |
| Hiperuremia |
| Nicturia |
| Leucocituria |
| Albuminuria |
| Hiperglucemia |
| Acidosis metabólica |
| Oliguria |
| Poliaquiuria |
| Hipoalbuminemia |

| |
|--------------------|
| Síndrome nefrítico |
| Diabetes |
| Infecciones |
| IRA |
| Síndrome nefrótico |
| ERC |



EVALÚATE TÚ MISMO

1. Indica el recorrido que sigue la orina tras salir de la nefrona:

- a) Tubo colector – papila – cáliz – pelvis renal.
- b) Papila – tubo colector – cáliz - pelvis renal.
- c) Tubo colector – cáliz – papila – pelvis renal.
- d) Cáliz – papila – tubo colector – pelvis renal.

2. Describe el recorrido de los espermatozoides de forma ordenada:

- a) Epidídimo – conducto deferente – conducto eyaculador – uretra.
- b) Conducto deferente – epidídimo – conducto eyaculador – uretra.
- c) Conducto deferente – conducto eyaculador – epidídimo – uretra.
- d) Epidídimo – conducto eyaculador – conducto deferente – uretra.

3. Consiste en el paso de sustancias desde el capilar a los túbulos:

- a) Filtración.
- b) Secreción.
- c) Reabsorción.
- d) Excreción.

4. ¿Cuál de los siguientes procesos se realiza en el corpúsculo renal?:

- a) Filtración.
- b) Secreción.
- c) Reabsorción.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

5. Indica la afirmación incorrecta:

- a) La presión de filtrado debe ser positiva para que se forme la orina.
- b) La presión oncótica de los capilares aumenta la presión de filtrado.
- c) La presión hidrostática de la cápsula de Bowman disminuye la presión de filtrado.
- d) La presión sanguínea de los capilares contribuye positivamente a la presión de filtración.

6. ¿Qué porcentaje del líquido filtrado vuelve a la sangre?:

- a) 25 %.
- b) 50 %.
- c) 75 %.
- d) 99 %.



SOLUCIONES EVALÚATE TÚ MISMO



http://www.aranformacion.es/_soluciones/index.asp?ID=41