

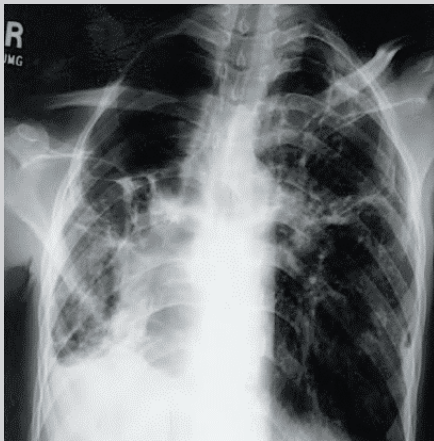
Dosis ENARM

- Ibarra-Núñez, Pedro Josel¹
- Campos-Mariz, Héctor Alejandro¹
- Galván-Escoto, José Alan Fernando¹
- López-Valencia, Karla Alejandra¹

¹ Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara; Tonalá, Jalisco, México.

Medicina Interna

Femenino de 52 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 10 años, tratamiento actual con insulina glargina 15 UI c/24 hrs y metformina 850 mg c/8 hrs. Ingresa por cuadro de dos meses de evolución por tos crónica, fiebre cuantificada de 39°C, astenia, adinamia y pérdida de peso de 6 kg. Presenta una BH con Hb 13 g/dl, leu 10,200 ul, Neu 75% y plaquetas 300 mil, QS glucosa de 256 mg/dl, creatinina 0.9 mg/dl, urea 25 mg/dl y HbA1c 8.6%. Se realiza la siguiente radiografía de tórax:



Datos pivote: Femenina de 52 años con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, tos crónica de dos meses de evolución, fiebre, pérdida de peso de 6 kg, radiografía sugerente a tuberculosis pulmonar.

1. ¿Qué estudio se debe solicitar para confirmar el diagnóstico?

BAJO

- a) Baciloscopia seriada.
- b) Cultivo en medio Lowenstein-Jensen.
- c) Anticuerpos C-ANCA y TAC de senos paranasales.
- d) Procalcitonina, PCR y VSG.

Respuesta: Baciloscopia seriada.

El examen de esputo para la búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) es la prueba diagnóstica más importante en aquellos pacientes en los que se sospecha de TBP.¹ A toda persona con tos y expectoración o hemoptisis durante dos o más semanas debe realizársele baciloscopia.

2. En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, ¿a partir de qué induración considera un PPD positivo?

MEDIO

- a) > 5 mm.
- b) > 10 mm.
- c) > 15 mm.
- d) > 20 mm.

Respuesta: >10 mm.

Reactor al PPD: a la persona que a las 72 h de aplicar la prueba presenta en el sitio de la aplicación induración intradérmica de 10 mm o más. En menores de cinco



años con o sin vacuna BCG y en particular los recién nacidos, así como en los enfermos con desnutrición y con inmunodeficiencia, se considera reactor si presentan induración de 5 mm o más.²

3. Tras confirmar el diagnóstico, se realiza nuevo control glucémico, resultando una glucosa sérica de 286 mg/dl. ¿Cuál es la conducta más adecuada en este caso?

MEDIO

- a) Incrementar la dosis de metformina.
- b) Incrementar la dosis de insulina glargina.
- c) Agregar un inhibidor de DPP-4.
- d) Referencia a segundo nivel de atención.

Respuesta: Referencia a segundo nivel de atención.

En toda persona con tuberculosis se deberá realizar búsqueda intencionada de diabetes mellitus simultáneamente al diagnóstico del mismo. Los casos complicados con tuberculosis y diabetes mellitus deberán ser evaluados por el COEFAR para determinar el tratamiento de la diabetes simultáneamente al tratamiento antituberculosis. En caso de presentar niveles de glucosa mayores de 250 mg /dl o HbA1c mayor de 8.5% y/o complicaciones, deberá ser referido al siguiente nivel de atención.³

4. ¿Qué antifímico se asocia a neuritis óptica con alteraciones de discriminación de colores rojo-verde?

ALTO

- a) Rifampicina.
- b) Isoniacida.
- c) Etambutol.
- d) Pirazinamida.

Respuesta: Etambutol.

Los diferentes antifímicos del tratamiento de elección pueden ocasionar reacciones secundarias; las más importantes: Etambutol (neuritis óptica), isoniácida (polineuropatía periférica), rifampicina (hepatotoxicidad), piracinamida (hiperuricemia), estreptomycin (ototoxicidad).¹

Pediatría

Se presenta al servicio de urgencias paciente femenino de 22 meses, previamente sana; comienza hace 24 horas con un cuadro de vómitos y episodios de llanto intermitente, con dolor intenso. Coincidiendo con los episodios de dolor la niña, encoge sus piernas hacia el abdomen e inicia con diaforesis, la madre refiere que ha tenido evacuaciones de color rojo oscuro en dos ocasiones y vómito en una ocasión. A la exploración: abdomen distendido, palpación dolorosa con defensa muscular, masa palpable en hemiabdomen superior. La radiografía muestra aire libre en peritoneo.

Datos pivote: 22 meses edad, dolor tipo cólico intermitente, evacuaciones rojo oscuro, masa palpable.

1. De acuerdo a la etiología sospechada, ¿cuál afirmación es incorrecta?

MEDIO

- a) La mayoría de los casos son idiopáticos.
- b) La patología tiene un riesgo de perforación del 1%.
- c) Es la causa de obstrucción más común en niños de tres a 36 meses.
- d) La principal causa se atribuye a la preexistencia de divertículo de Meckel o pólipos.

Respuesta: La principal causa se atribuye a la preexistencia de divertículo de Meckel o pólipos.

Se trata de un caso de invaginación intestinal, definida como la introducción de una porción del intestino en un segmento distal a éste. Es la causa de obstrucción más común en niños es idiopático en el 95% de los casos, y en sólo el 5% se identifica causa secundaria como divertículo de Meckel, pólipos y duplicaciones intestinales. Tiene un riesgo de perforación y mortalidad del 1%.^{5,6}

2. ¿Cuál es la localización más frecuente?

BAJO

- a) Ileo-ileal.
- b) Ileo-cólica.
- c) Yeyuno-yeyunal.
- d) Colo-cólica.

Respuesta: Ileo-cólica.

Pregunta de dificultad baja relativa a la localización más frecuente. La bibliografía reporta como principal sitio de afección la región ileo-cólica (85-90), seguida de la afectación ileo-ileal (10%).^{5,6}

3. Tras establecer el diagnóstico, ¿cuál sería la maniobra terapéutica más adecuada?

ALTO

- a) Ayuno, sonda nasogástrica, líquidos intravenosos, reducción hidrostática.
- b) Ayuno, sonda nasogástrica, líquidos intravenosos, reducción neumática.
- c) Ayuno, sonda nasogástrica, líquidos y antibióticos intravenosos, manejo quirúrgico.
- d) Antibióticos intravenosos y laparotomía urgente.

Respuesta: Ayuno, sonda nasogástrica, líquidos y antibióticos intravenosos, manejo quirúrgico.

Se trata de una invaginación intestinal complicada por perforación, por lo que está contraindicada la reducción hidrostática y neumática. El tratamiento quirúrgico está indicado en falla a la reducción hidrostática o manual y en pacientes con sospecha de perforación. Requiere manejo preoperatorio con ayuno, antibióticos de amplio espectro, líquidos intravenosos y sonda nasogástrica para descompresión.⁶

Cirugía

Paciente masculino de 43 años se presenta a la consulta externa refiriendo sangrado rojo brillante al final de cada evacuación desde hace tres días. El sangrado se presenta algunas veces en goteo y otras veces abundante, acompañándose de la protrusión intermitente, a través del ano, de una masa indolora de .8 cm de diámetro que se reduce espontáneamente. A la exploración anal se muestra masa que prolapsa con maniobra de vasalva y se reduce espontáneamente. Menciona haber aumentado la ingesta de fibra y líquidos en su dieta sin mejoría.

Datos pivote: Corresponde al sangrado rojo brillante al final de cada evacuación además de la presencia de masa anal que prolapsa con maniobra de vasalva y se reduce espontáneamente

1. ¿Menciona cuál es el diagnóstico más probable en este paciente?

MEDIO

- a) Hemorroides grado II.
- b) Hemorroides grado III.
- c) Ca de colorrectal.
- d) Hemorroides grado I.

Respuesta: Hemorroides grado II.

Si el sangrado es continuo se debe descartar cáncer colorrectal. Las hemorroides grado II prolapsan al defecar y se reducen espontáneamente. Clínicamente presentan rectorragia acompañada de malestar moderado y prurito debido a la irritación de la mucosa.⁷

2. ¿Cómo se llega al diagnóstico?

BAJO

- a) Rectosigmoidoscopia rígida exploradora.
- b) Historia clínica y exploración física por anoscopia.
- c) TAC.
- d) Colonoscopia.

Respuesta: Historia clínica y exploración física por anoscopia.

Se debe realizar el diagnóstico de la enfermedad hemorroidal por la historia clínica y el examen físico. La anoscopia permite el diagnóstico de las enfermedades anorrectales más frecuentes. Es una técnica sencilla, no ocasiona grandes molestias al paciente, no requiere sedación y se puede realizar sin preparación intestinal.^{7,8}

3. ¿Cuál es el tratamiento de elección para este paciente con exacerbación?

ALTO

- a) Hemorroidectomía.
- b) Flebotónicos más medidas higiénico-dietéticas
- c) Ligadura con banda de hule.
- d) Hemorroidepexia con engrapadora.

Respuesta: Ligadura con banda de hule.

En pacientes con enfermedad hemorroidal grado I, II, y III en quienes el tratamiento médico falló, se recomienda el tratamiento médico con métodos alterna-

tivos, como ligadura con banda elástica, escleroterapia y fotocoagulación con rayos infrarrojos, cuando se cuenta con el personal capacitado y los insumos necesarios para su realización. La ligadura con banda elástica es típicamente la opción de tratamiento más eficaz. El grado II de hemorroides que presenta este paciente debe de ser tratado con una técnica de cirugía menor, siendo la de elección es la ligadura con banda elástica.⁸

Ginecología y Obstetricia

Femenino de 18 años de edad, G:2 P:1, cursa con embarazo de 38 SDG sin complicaciones. Acude por iniciar con expulsión de tapón mucoso y dos contracciones en 10 minutos de 50-60 segundos de duración, regulares y dolorosas. Al tacto vaginal: cérvix central con 5 cm de dilatación y un borramiento de 80% producto cefálico, posición derecha, situación longitudinal, actitud flexión, en el tercer estadio de plano de Hogde y fcf 145 plm

Datos pivote: Embarazo a término, trabajo de parto fase activa, expulsión del tapón mucoso, tercer estadio de plano de Hogde.

1. ¿Cuál es la presentación fetal más común?

BAJO

- a) Cefálica.
- b) Pélvica.
- c) Transversa.
- d) Cara.

Respuesta: Cefálica.

La presentación más común es la cefálica, con un 97% de las ocasiones; después, presentación pélvica con 2%; la presentación transversa con un 0.3%, y la presentación de cara 0.05%.⁹

2. ¿Cuál es la variedad de presentación más común?

ALTO

- a) Occipitoposterior derecha.
- b) Occipitoanterior derecha.
- c) Occipitoposterior izquierda.
- d) Occipitoanterior izquierda.

Respuesta: Occipitoanterior izquierda.

La presentación occipitoanterior izquierda clásicamente es la forma más usual de variedad con hasta el 66%; mientras que los casos del lado derecho son de 34%.⁹

3. Según la guía de práctica clínica, ¿cuál es la forma recomendada para hacer la episiotomía?

MEDIO

- a) Media.
- b) Media lateral.
- c) Paraureterales.
- d) Media posterior.

Respuesta: Media lateral.

La técnica recomendada para realizar la episiotomía es la media lateral, comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigidos habitualmente hacia el lado derecho. El ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados.¹⁰

Referencias

1. CENETEC Guía de práctica clínica – evidencias y recomendaciones. (2009). *Diagnóstico y tratamiento de casos nuevos de tuberculosis pulmonar*. IMSS-070-08. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/070_GPC_CasosnvosTBP/Tuberculosis_casos_nuevos_ER_CENETEC.pdf
2. CENETEC Guía de práctica clínica – evidencias y recomendaciones. (2010). *Atención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes mayores de 18 años en el primer nivel de atención*. SS-107-08. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/107_GPC_Tubercpulmonaradultos/SSA_107_08_GRR.pdf
3. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013 Para la prevención y control de la tuberculosis. (2013). http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5321934&fecha=13/11/2013
4. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. (2012). *Harrison. Principios De Medicina Interna*. 18a Edición. Mc Graw Hill. New York, Usa.
5. Nghia, J.V. Sato, T.T. (2020). *Intussusception in children*. UpToDate. Recuperado de: https://www.uptodate.com/contents/intussusception-in-children?search=in-vaginaci%C3%B2n%20intestinal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H851758373
6. García Aranda JA, Chico Velasco RG, Valencia Mayoral PF. (2016). *Manual De Pediatría. Hospital Infantil de México* (1ª ed). Editorial Mc Graw Hill.
7. CENETEC. (2015). *Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemorroidal en la adultez. Evidencias y recomendaciones: guía de práctica clínica*. México: Secretaría De Salud, CENETEC.
8. Brunicardi F, Andersen D, Billiar T, et al. (2011). *Schwartz Principios de cirugía*. 9a edición. Mc Graw Hill.
9. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. (2014). *Normal labor in Williams Obstetrics electronic version*. Edition 24th. Mc Graw Hill. USA. pp 853.
10. CENETEC. (2019). *México: Guía de práctica clínica. Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. México. pp 36.