

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

Masculino de 25 años de edad, con antecedente de sinusitis crónica. Inicia su padecimiento actual tres días atrás con fiebre y malestar general. El día de hoy ingresa a urgencias con severo deterioro neurológico y un síndrome infeccioso. Se sospecha una meningitis bacteriana.

Datos pivote: Masculino de 25 años de edad. Sinusitis crónica. Tiene tres días de evolución con fiebre. El día de hoy presenta deterioro neurológico agudo.

1. Las manifestaciones físicas presentes son fundamentalmente secundarias a:

MEDIO

- a) A la respuesta inmune del huésped.
- b) La patogenicidad del microorganismo.
- c) Al tiempo de evolución de la enfermedad.
- d) Defectos en la barrera hematoencefálica.

Respuesta: La respuesta inmune del huésped.

Un paso fundamental en la patogenia de la meningitis bacteriana es la reacción inflamatoria que la invasión de las bacterias provoca. Muchas de las manifestaciones y complicaciones neurológicas de las meningitis bacterianas son consecuencia de la respuesta inmunitaria contra el patógeno invasor, más que de un daño directo por el microorganismo. El proceso inflamatorio presente en la meningitis es el principal factor desencadenante de los síntomas neurológicos¹.

2. Se realiza punción lumbar en la cual se esperaría encontrar:

MEDIO

- a) Leucocitos y proteínas bajas con glucosa normal.
- b) Leucocitos y proteínas elevadas con glucosa baja.
- c) Leucocitos y proteínas bajas con glucosa normal.
- d) Leucocitos y glucosa elevados con proteínas bajas.

Respuesta: Leucocitos y proteínas elevadas con glucosa baja.

Las alteraciones típicas del LCR en la meningitis bacteriana son: 1) Leucocitosis polimorfonuclear (PMN) (>100 células/l en 90% de los casos). 2) Disminución de la concentración de glucosa: <2.2 mmol/L (<40 mg/100 ml), una tasa de LCR/glucosa sérica de <0.4, o ambas cosas, en casi 60% de los pacientes. 3) Aumento de la concentración de proteínas: >0.45 g/L (>45 mg/100 ml) en 90% de los casos. 4) Aumento de la presión de apertura (>180 mmH₂O en 90% de los casos)¹.

3.Cuál es el tratamiento de elección en éste paciente

ALTO

- a) Aciclovir.
- b) Ceftriaxona + Vancomicina.
- c) Ceftriaxona.
- d) Sintomático.

Respuesta: Ceftriaxona.

El tratamiento antimicrobiano empírico en paciente adulto inmunocompetente con meningitis bacteriana aguda adquirida en la comunidad es a base de una cefalosporina de tercera generación, y como alternativa, meropenem o cloramfenicol. El uso de estos antimicrobianos es debido a los patrones de susceptibilidad de los principales agentes patógenos. En caso de sospecha de meningitis neumocócica resistente a penicilina o cefalosporina, utilizar ceftriaxona o cefotaxima más vancomicina; y si se sospecha infección por listeria, utilizar ampicilina o amoxicilina ¹.

Pediatría

Varón de 35 días de vida, ingresa a urgencias por vómitos progresivos en cantidad y frecuencia, desde hace tres días, de contenido alimenticio, no biliar, posterior a la alimentación, con presencia de estrías de sangre en los vómitos del día de hoy. Como antecedentes de importancia, la madre refiere que es producto del primer embarazo, prematuro de 34 SDG, sin más antecedentes de importancia. A la exploración: buen estado de hidratación, ligera ictericia, abdomen con peristalsis presente, asignológico.

Datos pivote: Cinco semanas de vida, varón, primogénito, prematuro, vómito postprandial no biliar.

1. ¿Cuál es el diagnóstico clínico más probable?

BAJO

- a) Alergia a las proteínas de la leche de vaca.
- b) Reflujo gastroesofágico.
- c) Estenosis hipertrófica de píloro.
- d) Vólvulo intestinal.

Respuesta: Estenosis hipertrófica de píloro.

La estenosis hipertrófica de píloro se caracteriza por hipertrofia e hiperplasia de la capa muscular de la porción antropilórica; se manifiesta como obstrucción al vaciamiento gástrico con vómito progresivo, no biliar, postprandial, en proyectil. La etiología involucra factores genéticos (varón, primogénito) y ambientales (tabaquismo materno, macrólidos en menores de dos semanas de vida)².

2. ¿Qué estudio se considera Gold Estándar para el diagnóstico?

MEDIO

- a) Radiografía abdominal.
- b) Ecografía abdominal.
- c) TAC abdomen con contraste.
- d) Serie esófago-gastro-duodenal.

Respuesta: Ecografía abdominal.

El ultrasonido es el estudio de imagen de primera elección para el diagnóstico, con una sensibilidad y especificidad cercana al 95%; la imagen característica se conoce como *imagen de doble riel*. La serie esófago-gastro-duodenal posee eficacia similar. Sin embargo, es un método invasivo y expone al paciente a la radiación, por lo que no es primera elección³.

3. ¿Qué alteración se esperaría encontrar en la gasometría?

ALTO

- a) Alcalosis metabólica hipoclorémica.
- b) Acidosis metabólica hipoclorémica.
- c) Alcalosis metabólica hiperclorémica.
- d) Acidosis metabólica hiperclorémica.

Respuesta: Alcalosis metabólica hipoclorémica.

La estenosis hipertrófica del píloro es la causa principal de alcalosis metabólica en pediatría, secundaria al vómito que contiene principalmente secreciones gástricas; la pérdida de electrolitos es principalmente de hidrogeniones y cloro, con pérdida menor de sodio y potasio.³

Ginecología y obstetricia

Femenino 22 años que acude al servicio de urgencias tras presentar sus últimos siete ciclos con intervalos de 50 días. Refiere que cuando éste se presenta lo hace en cantidad promedio, llegando a cambiarse la toalla femenina dos veces al día, y con una duración del sangrado de dos días. Antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 11 años, inicio de vida sexual a los 15 años, dos parejas sexuales, FUM hace siete semanas, método de planificación familiar: preservativo masculino, y nuligesta. Se decide su ingreso para estudio de sangrado uterino anormal.

Datos pivote: Edad, antecedentes de aumento de dolor, dolor tipo cólico de alta intensidad, la matidez en región suprapúbica.

1. ¿Qué alteraciones menstruales presente este paciente?

ALTO

- a) Opsomenorrea y oligomenorrea.
- b) Proiomenorrea e hipomenorrea.
- c) Proiomenorrea y oligomenorrea.
- d) Opsomenorrea y polimenorrea.

Respuesta: Opsomenorrea y oligomenorrea.

Alteraciones menstruales en la frecuencia: proiomenorrea= ciclos menores de 24 días (cortos); opsomenorrea= ciclos mayores de 38 días (largos). Alteraciones menstruales en la duración: oligomenorrea= sangrado menor de tres días; polimenorrea= sangrado mayor de ocho días. Alteraciones menstruales en la cantidad: hipomenorrea= sangrado menor de 5ml; hipermenorrea= sangrado mayor de 80ml⁴

2. ¿Cuál es el estudio de imagen de elección para el sangrado uterino anormal?

BAJO

- a) Clínico.
- b) Ultrasonido transvaginal.
- c) Ultrasonido abdominal.
- d) Tomografía computarizada.

Respuesta: Ultrasonido transvaginal.

El ultrasonido es la primera elección de métodos diagnósticos para identificar anomalías estructurales en pacientes con hemorragia uterina. El ultrasonido endovaginal muestra una mayor precisión en las características anatómicas⁴.

3. ¿Tratamiento de elección en este paciente?

MEDIO

- a) Estrógenos conjugados.
- b) AMEU.
- c) DIU con levonogestrel.
- d) AINEs con estrógenos.

Respuesta: DIU con levonogestrel.

El tratamiento de elección en una paciente con sangrado uterino anormal con inicio de actividad sexual debe ser tratada con dispositivo intrauterino con levonogestrel. En caso de que la paciente no haya iniciado actividad sexual, se debe considerar uso de antiinflamatorios no esteroideos [4].

Cirugía general

Paciente femenina de 55 años de edad, quien acude a la unidad de urgencias por presentar dolor en transfictivo a espalda de tres horas de evolución, el cual se acompaña de náuseas y vómitos de coloración amarilla por dos ocasiones en un un mes. Como antecedentes patológicos de importancia tiene hipertensión arterial de larga, niega ingesta de alcohol. A la exploración física Murphy (-); fiebre de 38.7°, FC 112, taquipnea y disminución de la perístasis. Laboratoriales reportan lipasa 450ui amilasa 389ui, AST 203 ui.

Datos pivote: Dolor en transfictivo a espalda acompañado de náuseas, vómitos, aumentos de enzimas como lipasa y amilasa.

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

MEDIO

- a) Cirrosis hepática.
- b) Pancreatitis aguda.
- c) Colecistitis crónica litiásica.
- d) Enfermedad ácido péptica.

Respuesta: Pancreatitis aguda.

Es una enfermedad en ocasiones grave que puede pasar de ser un fenómeno exclusivamente local (la inflamación de la glándula pancreática) a tener repercusiones sistémicas (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, SRIS) con el desarrollo de fallo multiorgánico que puede ser mortal. Este proceso se pone en marcha en las primeras horas de evolución de la enfermedad, pues el primer pico de mortalidad se da durante los primeros días de evolución⁵.

2. ¿Cuál es la causa más común de pancreatitis?

BAJO

- a) Alcohol.
- b) Trauma.
- c) Genético.
- d) Litiásica.

Respuesta: Litiásica

En Mexico, al igual que lo reportado en la literatura occidental, las causas más comunes de pancreatitis aguda son la litiasis biliar (49-52%) y el alcoholismo (37-41%). El 10 y 30% corresponden a causas que no se pueden identificar, clasificandolas como idiopáticas.^{5,6}

3. ¿Cuál es el estudio inicial que se debería solicitar en este paciente para su diagnóstico?

MEDIO

- a) USG abdominal.
- b) TAC dinámica con contraste.
- c) Repetir lipasa, amilasa y enzimas hepáticas, ya que no fueron confirmativas.
- d) Laparotomía exploradora.

Respuesta: USG abdominal.

La ecografía abdominal detecta alteraciones de vesícula y vías biliares, determinando si la pancreatitis es de origen biliar, así como la presencia de complicaciones pancreáticas. La ecografía y la TC permiten el diagnóstico en aquellos casos con enzimas séricas normales o en rango no diagnóstico, si se visualizan, como mínimo, cambios en la textura del páncreas compatibles con edema⁶.

Referencias

1. Longo DL., Fauci AS., Kasper DL., Hausers L, Jameson JL, & Loscalzo J. *Harrison. Principios De Medicina Interna*, 18a Edición. Mc Graw Hill. New York, Usa. 2012, Pp 3411-3412.
2. Olivé AP., & Endom EE. *Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis*. UpToDate. 22 Enero 2020. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/infantile-hypertrophic-pyloric-stenosis?search=infantile%20hypertrophic&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
3. *Diagnóstico y tratamiento de estenosis hipertrófica congénita de píloro. Guía de Práctica Clínica*. México; Secretaria de Salud; CENETEC 2009. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/330_IMSS_10_Estenosis_Hipertrofica_Cong_piloro/EyR_IMSS_330_10.pdf
4. *Diagnóstico y tratamiento del sangrado uterino anormal no anatómico. Guía de Práctica Clínica*. México; Secretaria de Salud; CENETEC (2015) Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/322_IMSS_10_Hemorragia_uterina_disfuncional/EyR_IMSS_322_10.pdf
5. *Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Guía de Práctica Clínica*. México; Secretaria de Salud; CENETEC (2009). Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/239_PANCREATITIS_AGUDA/Pancreatitis_aguda_evr_cenetec.pdf
6. Charles Brunicardi F. *Schwartz. Principios Basicos de Cirugía*. 9a edicion, editorial MC GRAW Hill Houston, Texas. 2010. Capítulo 33, pp 1177-1186.