

Dosis ENARM

Ibarra Núñez, Pedro Josel¹
Torres Rodríguez, Juan Ramón¹
Campos Mariz, Héctor Alejandro¹
Galván Escoto, José Alan Fernando¹

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

El ENARM se compone de 450 reactivos de opción múltiple, y valora los cuatro grandes grupos de especialidades de la Medicina que se mencionarán de acuerdo a su importancia respecto al número de preguntas: Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Cirugía. Cada día se utilizan reactivos distintos “con las mismas características de objetividad, calidad, balance y nivel académico” para constituir cada versión del examen con el mismo número de reactivos y con la misma proporción de 50% de ítems de dificultad media y 25% para los de alta y baja dificultad.¹ Es por ello que la dedicación y la atención para resolver las preguntas de dificultad alta marcarán una pauta en obtener buenos resultados.

Ginecología y Obstetricia

Mujer de 21 años de edad, (gestas: 3; partos: 1; cesáreas: 1), cursando actualmente con embarazo de 39 SDG, presenta en este momento de tres a cuatro contracciones uterinas en 10 minutos. Talla: 156 cm; peso: 83 kg. A la exploración: abdomen con fondo uterino de 36 cm, producto único vivo, con FCF 140 lpm, tacto vaginal con cérvix borrado, 10 cm de dilatación y en primer plano de Hodge, la posición del feto es transversal derecha. Treinta minutos después presenta dolor suprapúbico severo, cese de las contracciones uterinas y hematuria.

Datos pivote: Mujer de 21 años, cesárea previa, 39 SDG, de tres a cuatro contracciones en 10 min, cérvix con 10 cm de dilatación y en primer plano de Hodge, posición transversa, dolor suprapúbico severo y cese de contracciones.

1. ¿Cuál es el factor de riesgo mayormente asociado con el diagnóstico clínico de la paciente?

MEDIO

- a) Periodo expulsivo prolongado
- b) Multiparidad
- c) Histerotomía
- d) Edad de la paciente

Respuesta: Histerotomía.

La ruptura uterina es la presencia de cualquier desgarro o pérdida de la continuidad de la cavidad uterina. Es la complicación más grave de una prueba de trabajo de parto o después de una cesárea; su importancia radica en un aumento significativo en la morbimortalidad materna y perinatal. La paciente, que previamente tiene una cesárea y que se le ofrece una inducción de trabajo de parto, debe estar enterada del alto riesgo de ruptura uterina.²

2. ¿Cómo se confirmaría el diagnóstico de esta paciente?

ALTO

- a) Trazo tococardiográfico
- b) Ultrasonido vaginal
- c) Una adecuada exploración
- d) Ultrasonido pélvico

Respuesta: Una adecuada exploración.

Se debe identificar oportunamente estableciendo la presencia de los factores de riesgo asociados a esta patología. El signo más común es una inestabilidad en la frecuencia cardíaca fetal. Otros signos indican la ruptura uterina consumada, estos incluyen: el paro de contracciones, hemorragia transvaginal, dolor

abdominal severo, hematuria, taquicardia, hipotensión y la palpación en forma superficial de partes fetales.²

3. ¿Cuál es el tratamiento indicado en este momento?

BAJO

- a) Laparotomía exploradora
- b) Aplicación de fórceps
- c) Administración de oxitocina en bolo
- d) Rotación manual a occipito anterior

Respuesta: Laparotomía exploradora.

El diagnóstico temprano de ruptura de cicatriz uterina debe continuar con una laparotomía de urgencia y resucitación, esto es esencial para reducir la mortalidad y morbilidad materna y fetal asociadas. El diagnóstico se confirma con una cesárea de emergencia o laparotomía posparto.²

Pediatría

Se trata de una niña de nueve años de edad, antecedente del padre por atopia, sin antecedentes patológicos de importancia. Inicia con un cuadro de disnea, sibilancias, tos y a veces dolor torácico. Presenta síntomas dos veces al día por semana, y síntomas nocturnos tres veces (dos esta semana) durante este mes. Se le realiza espirometría, la cual reporta VEF1 basal de 62% y posterior al broncodilatador VEF1 de 95%. Actualmente sin tratamiento.

Datos pivote: Antecedente de madre o padre de atopia (alergia), el inicio insidioso de la enfermedad, la triada clásica de asma sibilancias, tos y disnea, la reversibilidad en la espirometría después del broncodilatador.

1. Con la clínica del paciente, ¿cómo clasificaría la enfermedad del paciente?

BAJO

- a) Asma intermitente leve
- b) Asma intermitente moderada
- c) Asma persistente leve
- d) Asma persistente moderada

Respuesta: Asma persistente moderada.

El asma persistente moderada se cataloga con cualquiera de las siguientes condiciones: síntomas diarios, síntomas nocturnos más de dos veces por semana, exacerbaciones que afecten actividades y el sueño, VEF¹ o PEF 60%-80% del valor predicho, variabilidad del VEF1 o PEF >30% y uso diario de salbutamol.³

2. ¿Cuáles son los fármacos que no se recomiendan porque pueden producir exacerbaciones?

MEDIO

- a) Beta agonistas y esteroides
- b) Metilxantinas y penicilinas
- c) Beta antagonistas y ácido acetilsalicílico
- d) Calcioantagonistas y macrólidos

Respuesta: Beta agonistas y ácido acetil salícico.

En el pulmón se expresan unos receptores beta-2 que al activarse provocan la relajación de los músculos que rodean al bronquio. De esta manera, la luz en el interior de los bronquios aumenta facilitando el paso de aire, y el uso de beta bloqueador obstruiría la vía aérea. La aspirina aumenta la posibilidad de broncoespasmo.⁴

3. En cuanto a la fisiopatología del asma, ¿cuál es la aseveración incorrecta?

ALTO

- a) El óxido nítrico es producido por la óxido nítrico reductasa en varias células respiratorias
- b) Las principales citosinas relacionadas al asma son IL13, 5 y 4
- c) Existe hiperplasia de las glándulas submucosas y células caliciformes en las vías respiratorias, con aumento de la secreción de moco
- d) Los efectos de los linfocitos TH2 predominan sobre los linfocitos TH1 en asma

Respuesta: El óxido nítrico es producido por la óxido nítrico reductasa en varias células respiratorias.

Es sintetizado en las células endoteliales por la enzima óxido nítrico sintetasa, la cual es un potente vasodilatador del músculo liso.⁵

Cirugía General

Paciente femenina de nueve años de edad acude a urgencias por iniciar con dolor abdominal en región periumbilical y ahora en fosa iliaca derecha, de seis horas de evolución, el cual se incrementa al caminar. A esto se agregan náuseas y vómitos en tres ocasiones. Enfermería reporta la temperatura de 38.5°, frecuencia cardíaca de 105 por minuto. A la exploración física destaca dolor en fosa iliaca derecha, así como a la descompresión brusca. El análisis de laboratorio reporta leucocitos 14.000/mm con desviación a la izquierda con PCR de más de 9 mcg/ml.

Datos pivote: Dolor abdominal que se irradia a fosa iliaca derecha, de seis horas de evolución, acompañado de náuseas y vómitos en tres ocasiones, fiebre y leucocitosis.

1. ¿Cuál de las siguientes acciones es la más adecuada en estos momentos?

MEDIO

- a) Realizar una radiografía simple de abdomen
- b) Laparoscopia de abdomen
- c) Tomar una tomografía de abdomen
- d) Hacer un ultrasonido abdominal

Respuesta: Laparoscopia de abdomen.

En este paciente, como presenta los síntomas cardinales y el triple marcador positivo, la forma correcta de tratarlo es con laparoscopia exploradora; además de ser diagnóstica, es terapéutica de inicio. Recordemos que el diagnóstico de apendicitis aguda es generalmente establecido por la historia clínica y la exploración física (75-90% de exactitud en cirujanos); sin embargo, el diagnóstico es respaldado por estudios paraclínicos de laboratorio e imagen.⁶

2. ¿Cuáles son los marcadores que cumplen la prueba triple?

ALTO

- a) Dolor abdominal con irradiación a fosa iliaca derecha, náuseas y vómito
- b) Leucocitosis superior a 11,000, neutrofilia por arriba del 75% y dolor en fosa iliaca derecha
- c) Leucocitosis superior a 11,000, neutrofilia por arriba del 75% y PCR por arriba de 8mcg/ml
- d) Fiebre, náuseas y vómitos.

Respuesta: Leucocitosis superior 11,000, neutrofilia por arriba del 75% y PCR por arriba de 8mcg/ml.

El triple marcador, como lo menciona la guía de práctica clínica, sugiere altamente la presencia de apendicitis ante un cuadro sugestivo, siendo leucocitosis superior a 11,000, neutrofilia por arriba del 75% y PCR por arriba de 8mcg/ml: todos ellos juntos apoyan el diagnóstico.⁷

3. ¿Cuál es la etiología más común en este grupo etario?

BAJO

- a) Hiperplasia linfoide
- b) Fecalito
- c) Obstrucción de la luz apendicular
- d) Infección por *Klebsiella*

Respuesta: Hiperplasia linfoide.

La causa más común de apendicitis en niños es la hiperplasia linfoide, y en adultos es la obstrucción por fecalito. A nivel general, es hiperplasia linfoide.⁸

Medicina Interna

Masculino de 68 años acude a la unidad por presentar mialgias, sudoración nocturna, tos no productiva que evoluciona a productiva de dos días. Los familiares niegan presenciar picos febriles aunque notan escalofríos en el paciente. A la exploración física, el paciente se encuentra confuso, desorientado en tiempo y espacio, sin hiperemia orofaríngea, no se presencia rinorrea, campos pulmonares bien ventilados con presencia de estertores finos basales, signos vitales al momento de la exploración FC: 86 FR 25 TA 130/70 mmHg, temperatura de 37.9°C, SO 91%. Familiares niegan comórbidos, refieren que es fumador activo: de uno a dos cigarrillos diarios desde hace 20 años; niegan hospitalizaciones recientes. El paciente es alérgico a la penicilina.

Datos pivote: Masculino de 68 años, mialgias, sudoración nocturna, tos productiva, picos febriles, confuso, estertores basales finos, saturación de 91% y antecedente de tabaquismo.

1. Según los datos clínicos, ¿cuál sería el diagnóstico presuntivo del paciente?

BAJO

- a) Neumonía asociada a los servicios de salud
- b) Neumonía adquirida en la comunidad
- c) Neumonía por aspiración
- d) Neumonía asociada EPOCQ

Respuesta: Neumonía adquirida en la comunidad.

Se ha determinado que la presencia de fiebre de más de 38°C, frecuencia respiratoria mayor de 25 por minuto, producción de esputo continuo durante todo el día, mialgias y sudoración nocturna en ausencia de inflamación e irritación orofaríngea y rinorrea, son los únicos patrones que predicen neumonía adquirida en la comunidad.⁹

2. ¿Cuál sería el primer estudio de gabinete o de laboratorio que apoyaría su sospecha diagnóstica?

BAJO

- a) Biometría hemática y tiempos de coagulación
- b) Hemocultivo, cultivo de esputo y Gram
- c) Radiografía simple de tórax
- d) Espirometría inspiratoria

Respuesta: Radiografía simple de tórax.

La duda diagnóstica ante un cuadro clínico poco específico o manifestaciones moderadas de neumonía adquirida en la comunidad requieren efectuar estudios auxiliares de diagnóstico, iniciando éstos con radiografía convencional.⁹

3. ¿Cuál es la mortalidad de esta patología en nuestro país en pacientes mayores de 65 años?

ALTO

- a) 6%
- b) 11%
- c) 55%
- d) 65%

Respuesta: 65%.

En nuestro país, la incidencia de NAC se reporta del 6% en pacientes menores de 40 años, y de 11% en mayores de 60 años, mientras la mortalidad varía de 11% en pacientes de 40 a 60 años y 65% en pacientes mayores de 65 años.⁹

Bibliografía

1. Barajas-Ochoa, A., & Ramos-Remus, C. (2017). Equidad, validez y confiabilidad del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM): oportunidades para mejorar. *Salud Pública de México*, 59(5), 501-502.
2. Secretaría de Salud. (2010). *Prevención, diagnóstico y manejo oportuno de la ruptura uterina en el primero, segundo y tercer niveles de atención. Guía de Práctica Clínica*. México: Secretaría de Salud, CENETEC. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/296_GPC_Pre-vencion_diagnostico_manejo_RUPTURA_UTERINA/GPC_RERrupturauterinafeb2011.pdf
3. Jamesson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Longo, D. L., & Loscalzo, L. (2015). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York: MC-GrawHill.
4. Secretaría de Salud. (2013). *Diagnóstico y tratamiento del asma en niños menores de 18 años en el primer nivel de atención. Guía de práctica clínica*. México: Secretaría de Salud, CENETEC; 2013. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/S-009-08/ER.pdf>
5. Secretaría de Salud. (2017). *Diagnóstico, tratamiento y prevención de la exacerbación del asma. Guía de práctica clínica*. México: Secretaría de Salud, CENETEC; 2017 Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-806-17/ER.pdf>
6. González-Cano, J., et al. (2014). Apéndice aguda. *Asociación Mexicana de Cirugía General*, 1, 25.
7. Secretaría de Salud. (2008). *Diagnóstico de apéndice aguda. Guía de práctica clínica*. México: Secretaría de Salud, CENETEC. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/031_GPC_ApendicitisAgDiag/IMSS_031_08_EyR.pdf
8. Rodríguez-Ortega, M., & Merino-Rodríguez, B. (2020). *Cirugía General*. Ciudad de México: Grupo CTO.
9. Secretaría de Salud. (2009). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. Guía de práctica clínica*. México: Secretaría de Salud, CENETEC. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/234_IMSS_09_Neumonia_comunidad_adultos/RR_IMSS_234_9.pdf