

Resolución del examen único del 14/9/21

Parte 3

Segundas 7 preguntas de Pediatría + 2 preguntas de SP Resolución con explicación y fundamentación bibliográfica

Nota: Las preguntas surgen de los archivos que circularon en redes sociales y en algunos casos parecieran estar con enunciados incompletos. En caso de que el enunciado de las preguntas originales fuese distinto, existiría la posibilidad de que la respuesta correcta varíe.

- 1 10 años, hematuria 12 hs evolución. Solicita orina con proteinuria leve. Antecedentes de infección faríngea hace 15 días tratada con amoxi. Señale cuál de los sig síntomas y sg esperaría encontrar o confirmar sospecha de sd nefritico:
- A. hipotensión arterial y disuria
 - B. hipoalbuminemia y anuria
 - C. oliguria y edemas leves**
 - D. inapetencia y enuresis

Dx: Glomerulonefritis postestreptocócica

Nelson pag 2723

“La glomerulonefritis postestreptocócica es más frecuente en niños de 5-12 años y rara antes de los 3 años. El paciente típico desarrolla un síndrome nefrítico agudo 1-2 semanas después de presentar una faringitis estreptocócica o 3-6 semanas después de un pioderma estreptocócico

Según la gravedad de la afectación renal, los pacientes pueden desarrollar grados variables de edema, hipertensión y oliguria”

- 2 15 meses, traída a la consulta por padres, piernas chuecas. Sin antecedentes. EF incurvación simétrica de los mmii con convexidad externa. Su punto más externo se encuentra a nivel de las rodillas. El resto EF normal. Marcha simétrica. Crecimiento en p y t normal. Conducta:

- A. expectante, tranquilizar flia**
- B. ic con kinesio
- C. ic traumatología infantil
- D. rx de mmii frente y perfil

Dx: Genu varo

Nelson cap 695

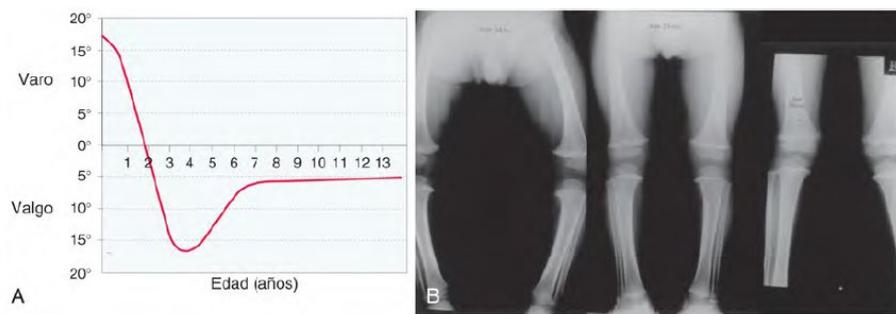


Fig. 695.2 A, Desarrollo del ángulo tibiofemoral durante el crecimiento (después de Salenius). B, Radiografías seriadas mostrando la transición normal de la alineación de varo a los 14 meses a posición neutra a los 25 meses a la alineación tibiofemoral valgo con 39 meses. (De Johnston CE, Young M: Disorders of the leg. En Herring JA: Tachdjian's pediatric orthopaedics, ed 5, Philadelphia, 2014, Elsevier, Fig. 22-3.)

3 paciente **4 meses**, accesos de tos. Padres refiere hace una semana que tiene tos. Hace 5 días realizaron hisopado covid: negativo. Relatan que el niño presenta **episodios paroxísticos de tos que en ocasiones le producen vómitos**. durante la consulta, observa uno de estos episodios caracterizado por acceso de tos seguido de instridor inspiratorio. Estudio diagnóstico de primera elección para confirmar sospecha clínica:

- A. cultivo de secreciones nasofaríngeas
- B. serología igr e igm específicas
- C. pcr de secreciones nasofaríngeas**
- D. Hemocultivo

Nelson cap 224

“La prueba de laboratorio de elección para la identificación de *B. pertussis* es la PCR sobre lavado nasofaríngeo.”

(Cultivo también sería una opción, pero quizás es más correcta PCR, si hay que elegir sólo una)

4 12 años para vacunación. no tiene carnet. HC solo figura vacunas completas hasta los 6 meses. Sin antecedentes. Que vacuna aplicas:

- A. 1 dosis hepatitis a, 3 hepatitis b, 1 antineumococo
- B. 2 hpv. 2 triple viral, 2 antimeningo, 1 triple bacteriana acelular**
- C. 1 rotarix, 1 varicela, 1 hepatitis a
- D. 3 hpv, 2 antimeningo, 2 antigripal

Descarto la C: antirotavirus contraindicada en mayores de 6 meses
 Descarto la D: No me da ningún dato en el enunciado para pensar que tiene factores de riesgo como para dar antigripal

Descarto la A: Ya tiene 4 dosis de Hep B (al nacer y a los 2, 4 y 6 meses con la quintuple).

La más correcta es la B

- 5 4 meses, asistido ayer por guardia donde, luego de ver resultado de laboratorio de orina completa, le indicaron cefalexina 100 mg kg d vo ambulatorio, en espera de resultado urocultivo. Hoy tiene resultado de uc: germen unico, 100.000 colonias de klebsiella. Octavio presenta fiebre y decaimiento marcado. Conducta
- A. iniciar tto parenteral de urgencia, ecografia renovesical y segun resultado, valorar necesidad de otros metodos complementarios
 - B. iniciar tto parenteral, solicitar ecografia renovesicular de urgencia y cugm diferida**
 - C. continuar esquema atb vo y solicitar eco renovesical y gammagrafia renal de urgencia
 - D. indicar tto parenteral, control con uc post tto y si es patologico solicitar eco renovesical

Que en 24 hs de comenzado el tratamiento persistan los síntomas es esperable. Tampoco hay un criterio estricto para internación según Nelson pág 2793:

“En las **ITU febriles agudas** resulta difícil diferenciar entre los síntomas clínicos de ITU y de pielonefritis. Por ello, es razonable considerar que cuando existen síntomas sistémicos es probable que la infección haya progresado a los riñones y que el paciente deba ser tratado como una pielonefritis. En la pielonefritis es preferible un ciclo de 7-14 días de antibióticos de amplio espectro que puedan alcanzar unas concentraciones tisulares adecuadas: las vías oral y parenteral son igualmente eficaces. Los niños deshidratados, que presenten vómitos, que no puedan tomar líquidos, que sean menores de 1 mes, que sufran infecciones complicadas o en los que exista la posibilidad de una urosepsis, deben ser ingresados en un hospital para su rehidratación y tratamiento antibiótico intravenoso (i.v.)”

En cuanto a imágenes, por otro lado, hay MUCHA controversia en qué se pide.

Nelson:

Tabla 553.3 Recomendaciones sobre directrices para la evaluación diagnóstica de lactantes con infección febril del tracto urinario

DIRECTRIZ	ECOGRAFÍA	CUMS	GAMMAGRAFÍA TARDÍA CON DMSA
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*	(V. tabla 553.4)		
American Academy of Pediatrics	Sí	Si ecografía anormal o recurrencia febril	No
Italian Society for Paediatric Nephrology (ISPN)	Sí	Si ecografía anormal o si existen factores de riesgo ¹	Si RVU o ecografía anormal

*Dilatación del tracto urinario superior en la ecografía, flujo urinario escaso, infección por microorganismos distintos a *E. coli* o antecedentes familiares de reflujo vesicoureteral.
¹Alteraciones ecográficas prenatales del tracto urinario fetal, antecedentes familiares de reflujo, septicemia, insuficiencia renal, varones menores de 6 meses, probabilidad de que la familia sea incumplidora, vaciado vesical incompleto, ausencia de respuesta clínica al tratamiento antibiótico apropiado en 72 horas o infección por microorganismos distintos a *E. coli*.
 CUMS, cistouretrografía miccional; DMSA, ácido dimercaptosuccínico; RVU, reflujo vesicoureteral.

Tabla 553.4 Programa de estudios de imagen recomendados en niños con infección del tracto urinario

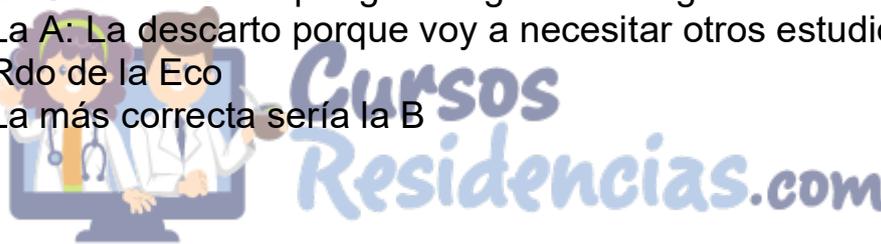
EDAD DEL NIÑO Y PRUEBAS	TIPO DE INFECCIÓN		
	RESPONDE BIEN AL TRATAMIENTO EN 48 h	INFECCIÓN ATÍPICA	INFECCIÓN RECURRENTE
NIÑOS MENORES DE 6 MESES			
Ecografía durante la infección aguda	No	Sí	Sí
Ecografía a las 6 semanas de la infección	Sí	No	No
Gammagrafía con DMSA 4-6 meses después de la infección aguda	No	Sí	Sí
Cistogramas miccionales	Considérela si la ecografía es anormal	Sí	Sí

La D: La descarto por Uro de control

La C: La descarto por gammagrafía de urgencia

La A: La descarto porque voy a necesitar otros estudio más allá del Rdo de la Eco

La más correcta sería la B



- 6 2 años control. Padre refiere **prurito anal nocturno**. No tuvo cambio en deposiciones. EF normal., que estudios confirman
- A. conteo de huevos de helmintos
 - B. escobillado anal y graham**
 - C. cultivo mf
 - D. metodo baermann

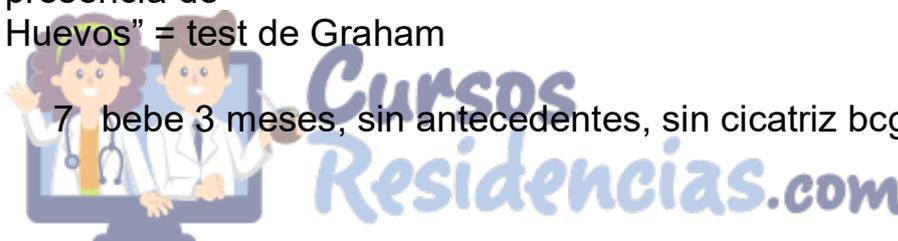
Dx: Oxiuriasis

Nelson cap 320

“Los antecedentes de **prurito perianal** nocturno en un niño son un fuerte indicio de enterobiasis. El diagnóstico definitivo se establece por la identificación de los huevos del parásito o los gusanos. El examen microscópico de un celofán adhesivo presionado contra la región perianal a primera hora de la mañana suele demostrar la presencia de

Huevos” = test de Graham

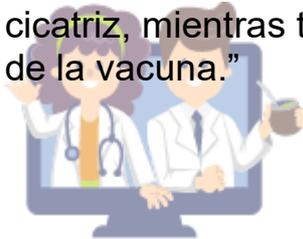
- 7 bebe 3 meses, sin antecedentes, sin cicatriz bcg:



- A. recolocar bcg antes del 6to mes
- B. realizar ppd, lectura a las 48hs y 72hs para recolocar bcg
- C. observa carnet vacunas si hay registro, explicar que no requiere vacunar

D. deriva al inmunologo por sospecha de inmunodeficiencia TRAPS vacunas 2018 pág 13

“No esta indicado repetir dosis en los casos que no haya quedado cicatriz, mientras tengan un documento que certifique la aplicacion de la vacuna.”



Cursos
Residencias.com

8 Mujer 45 años, cursando el día **30 de puerperio**, presenta cetoacidosis diabética que requirió internación en UTI y terminó con fallecimiento en institución 48hs después. Entre sus antecedentes: **diabetes tipo 2 en tratamiento con hipoglucemiantes orales, reemplazados por insulina durante el embarazo**, obesidad mórbida. ¿Cómo clasifica esta muerte?

- A. Defunción materna por causa obstétrica directa
- B. Defunción materna tardía por causa obstétrica indirecta
- C. Defunción materna por causa obstétrica indirecta.
- D. Defunción materna tardía por causa obstétrica directa

Repasemos la definición de muerte materna: es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio anatómico de la gestación, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas que ocurre después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.

En este caso clínico estamos en presencia de 1 defunción materna, ya que se trata de 1 muerte que ocurre en el puerperio y no es una causa accidental. No es una defunción materna tardía, ya que las defunciones maternas tardías ocurren entre el día 42 de ocurrido el fin del embarazo y el año. Esta defunción fue en el día 30 del puerperio.

Por otro lado, recordemos la definición de causas obstétricas directas e indirectas:

Las causas obstétricas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio. Ejemplos: eclampsia, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia anteparto, hemorragia postparto, sepsis. Las causas obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Ejemplos: HIV, enfermedades respiratorias, cardiovasculares.

Estamos en presencia de una defunción materna por causa obstétrica indirecta, ya que la paciente tenía una enfermedad previa, diabetes tipo 2, que como consecuencia del embarazo se agrava, desencadenándose una cetoacidosis diabética.

Para repasar otros indicadores definidos en la página 20 del documento de indicadores básicos 2018:

<https://www.cursosresidencias.com/bibliografia/medicina/indicadores-basicos-2018/>

9 Hombre 85 años, concurre a la guardia con deterioro general disnea severa, antecedentes de asma, ambos en tratamiento adecuado. Realiza hisopado COVID y confirma neumonía intersticial bilateral por radiografía de tórax. Se interna en UTI con asistencia respiratoria mecánica. A las 24hs presenta dificultad respiratoria aguda y fallece antes de la confirmación del laboratorio. Indique secuencia correcta de llenado del informe estadístico de defunción

A. Causa final: sospecha COVID; causa intermedia: neumonía; causa básica: insuficiencia respiratoria; causa contribuyente: asma

B. Causa final: insuficiencia respiratoria; causa intermedia: neumonía; causa básica asma; contribuyente COVID.

C. Causa final: neumonía; intermedia COVID; causa básica: asma; causa contribuyente: insuficiencia respiratoria

D. Causa final: insuficiencia respiratoria; causa intermedia: neumonía; causa básica: COVID; causa contribuyente: asma

Informe estadístico de defunción fue tomado en los 2 exámenes de 2020 y nuevamente en esta primera fecha de 2021. En este tipo de preguntas nos presentan un caso clínico que involucra una defunción y tenemos que elegir la combinación correcta de causa básica, intermedia, final y contribuyente de esa muerte. **La causa básica es la que inicia la cadena de acontecimientos que lleva a la muerte.** En este caso, la causa básica es la infección por COVID. **Esta causa básica produce el siguiente eslabón de la cadena causal, la causa intermedia.** En el caso la causa intermedia es la neumonía intersticial bilateral. Esta neumonía produce la dificultad respiratoria aguda que genera la causa final: insuficiencia respiratoria. Además, el paciente tiene antecedentes de asma, que pudo haber contribuido al fallecimiento. Por lo tanto “asma” es la causa contribuyente.

Para repasar informe estadístico de defunción te recomendamos leer los siguientes documentos:

<https://www.cursosresidencias.com/bibliografia/medicina/resumen-sobre-certificacion-medica-de-causas-de-muerte/>

<https://www.cursosresidencias.com/bibliografia/medicina/como-registrar-causas-de-muerte/>

