



- Resolución del examen único del 14/9/21

9 preguntas de Clínica

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.

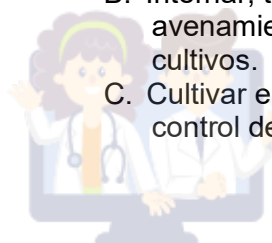
1. 71 años hipertensión secundaria a cirrosis hepática de reciente diagnóstico, consulta por disnea CF 3, **fiebre 38.5**. Solicita Rx tx con opacidad en base pulmonar derecha y derrame pleural homolateral. Toraconcentesis: líquido **turbio**, pH **6.8**, LDH 900, glucosa 20, proteínas líquido pleural 3.1, proteínas plasmáticas 4.9. Diagnóstico y tto
 - A. Trasudado secundario a su patología de base que requiere control
 - B. Exudado no complicado por lo que puede otorgar alta con pautas de alarma
 - C. Exudado complicado-empiema que requiere drenaje y atb**
 - D. Exudado complicado-empiema que requiere atb

Los pacientes con neumonía bacteriana aeróbica y derrame pleural presentan un cuadro agudo, con fiebre, dolor torácico, expectoración y leucocitosis. Los criterios para efectuar un procedimiento más invasivo que la toracocentesis (por orden de importancia creciente) son los siguientes:

1. Líquido pleural loculado.
2. Líquido pleural con pH <7.20.
3. Glucosa del líquido pleural <60 mg/100 mL.
4. Tinción de Gram o cultivo del líquido pleural positivo.
5. Presencia de pus en el espacio pleural.

Si recurre la acumulación de líquido después de la toracocentesis terapéutica inicial y se presenta alguna de las características antes mencionadas, se lleva a cabo otra toracocentesis. Cuando el líquido no puede extraerse por completo mediante una toracocentesis terapéutica, se valora la inserción de un tubo pleural y la instilación de un fi brinolítico (p. ej., 10 mg de activador de plasminógeno hístico) y desoxirribonucleasa (5 mg) o se efectúa una toracosopia para la liberación de adherencias. [Página 1717 – Harrison ed. 19]

2. 50 años, guardia por fiebre y tos de 4 días. Realizó consulta por guardia hace 72 hs. Allí le realizaron hisopado para COVID fue negativo, le diagnosticaron neumonía aguda de la comunidad e inició Amoxicilina 1g cada 8 hs. Al EF en aceptable estado general, febril, satura 94 aire ambiente. Hipoventilación derecha asociada a matidez percutoria. Repetir Rx Tx y evidencia derrame pleural derecho, también laboratorio y toracocentesis con siguientes resultados: GB 15000, Hb 12, Hto 34%, uremia 50, Na 134, K 3.5, pH 7.40, CO2 26mmHg, PO2 60mmHg, HCO3 24, satO2 94%, LDH 250 y proteínas totales 3.5. Toraconcentesis: líquido turbio, glóbulos de pus, ph 7,10, glucosa 40, ldh 120, proteínas 4. ¿Conducta?
 - A. Cultivar el LP y rotar el esquema atb a amoxicilina clavulánico a 1g cada 8 hs y realizar control en 48hs a la espera del cultivo
 - B. Internar, tomar 2 muestras de HC, cultivar el líquido pleural, colocar tubo de avenamiento pleural y continuar con amoxi 1g cada 8 hs a la espera de los cultivos.
 - C. Cultivar el lp e iniciar tto con clindamicina 600mg, cada 8 hs. Realizar control de 48hs a la espera del resultado del cultivo



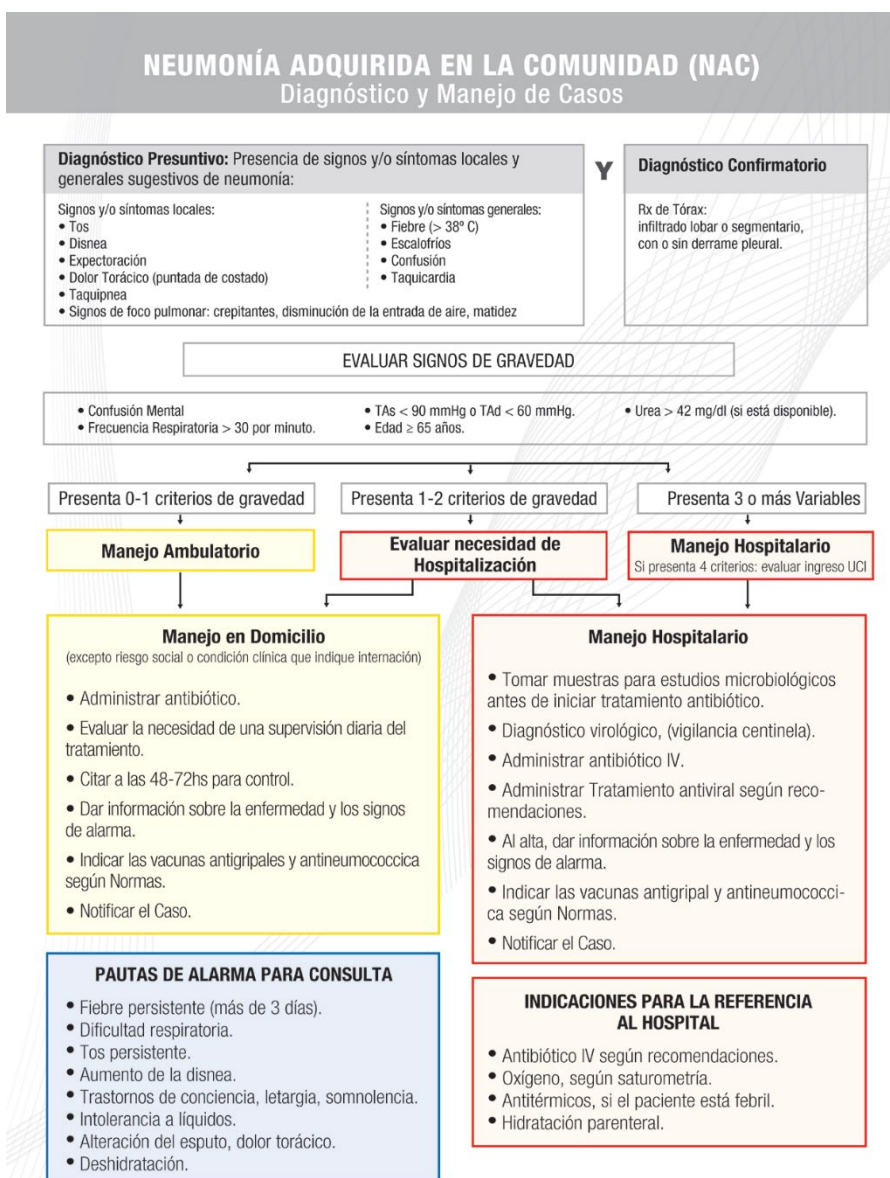
D. Internar, tomar 2 muestras de HC, cultivar el líquido pleural, colocar tubo de avenamiento pleural e iniciar tto con ampicilina-sulbactam 1,5 g c/ 6 hs.

Entre los criterios de *internación* se encuentran, además de la presencia de 2 o más criterios de CURB-65:

- Presencia de comorbilidades (EPOC, DBT, ASMA, ICC, ERC)
- Causa social: residencia lejana, falta de comprensión del tratamiento, deterioro cognitivo, abuso de sustancias.

- Saturación de O₂ <96%

El paciente del caso clínico tenía tratamiento previo con amoxicilina 1g cada 8 hrs, por lo que al no constatarse mejoría clínica luego de 72 hs se deberá reevaluar el diagnóstico y cambiar el tratamiento.



3. Ingres a la guardia paciente de 28 años de edad, sin antecedentes, que sufrió colisión vehicular (auto-auto). Ingres a con collar cervical y tabla larga. ¿Cuál es la primera acción que realiza en la atención inicial?
- A. Evaluar deterioro cognitivo del px
 - B. Reponer 1 lt de ringer como medida preventiva de shock
 - C. Ventilación y O2
 - D. Verificar que la VA se encuentre permeable, con protección de columna**

El ATLS (Advanced Trauma Life Support) proporciona un método estructurado para la atención del paciente traumatizado por medio de algoritmos estandarizados; hace énfasis en el concepto de la “hora dorada” en las cuales son necesarias las intervenciones oportunas y priorizadas para evitar la muerte.

El curso ATLS se refiere a la valoración primaria como el método “ABC”: *control de las vías respiratorias [Airway] con protección de la columna cervical*, respiración [Breathing] y Circulación [Circulation].

[Página 136 – Schwartz]

4. Preocupado por un examen preocupacional en donde le dicen que tiene hepatitis b. Laboratorio: HbS Ag -, Anti HBS +, Anti HBc IgG+, HBe Ag -, Anti Hbe -, que le informas:
- A. Recuperación de una hepatitis B asintomática**
 - B. Cursando hepatitis B aguda asintomática
 - C. Refleja anticuerpos por vacunación con HBsAg
 - D. Refleja hepatitis B crónica de baja infectividad

CUADRO 360-5 Características serológicas más frecuentes de la infección por hepatitis B

HBsAg	Anti-HBs	Anti-HBc	HBeAg	Anti-HBe	Interpretación
+	-	IgM	+	-	Hepatitis B aguda de alta infectividad ^a
+	-	IgG	+	-	Hepatitis B crónica de alta infectividad
+	-	IgG	-	+	1. Hepatitis B aguda tardía o crónica de baja infectividad 2. Hepatitis B sin el antígeno HBeAg (“mutante precentral”) (crónica o rara vez aguda)
+	+	+	+/-	+/-	1. HBsAg de un subtipo y anti-HBs heterotípica (común) 2. Proceso de seroconversión de HBsAg a anti-HBs (rara)
-	-	IgM	+/-	+/-	1. Hepatitis B aguda 2. “Ventana” anti-HBc
-	-	IgG	-	+/-	1. Portador de bajo nivel de hepatitis B 2. Hepatitis B en el pasado remoto
-	+	IgG	-	+/-	Recuperación de hepatitis B
-	+	-	-	-	1. Inmunización con HBsAg (después de vacunación) 2. Hepatitis B en el pasado remoto (?) 3. Resultado positivo falso

^a IgM contra HBc puede reaparecer durante la reactivación aguda de la hepatitis B crónica.

Nota: Véase texto para abreviaturas.

[Página 2017 – Harrison ed. 19]

5. Mujer 67 años con antecedentes de TBQ, consulta por dolor abdominal mal definido, varios meses de evolución acompañado de fiebre, hiporexia y pérdida de peso de un mes. Durante el EF usted encuentra, como único hallazgo positivo un ganglio en hueco supraclavicular izquierdo, adherido a planos profundos indoloros, redondeado y de aproximadamente 1,5 cm. Con estas características semiológica, diagnóstico más probable:

- A. Mononucleosis
- B. Linfoma
- C. Tuberculosis
- D. Cáncer de páncreas**

Al momento del diagnóstico del cáncer de páncreas, 85 a 90% de los pacientes tienen enfermedad inoperable o metastásica. El cuadro inicial puede comprender ictericia y caquexia con signos físicos de rascado. Entre los signos físicos vinculados con la presencia de metástasis a distancia están hepatomegalia, ascitis, *linfadenopatía supraclavicular izquierda (ganglio de Virchow)* y nódulos periumbilicales (nódulos de la hermana Mary Joseph).

[Página 555– Harrison ed. 19]

6. Ley 26.862 “reproducción médicamente asistida”, cual corresponde las parejas que deseen lograr el embarazo y que no consiguen concebir de forma natural tienen acceso a tto de reproducción asistida:

- A. Técnicas de alta complejidad tienen por objeto unión entre O-E fuera del tracto genital femenino**
- B. La guarda de gametos o tejidos reproductivos no está contemplada para preservación de fertilidad futura
- C. Se accede a los procedimientos de reproducción médicamente asistida de baja complejidad sin requerir consentimiento informado

El artículo 2 del decreto reglamentario define por técnicas de reproducción médicamente asistida a todos los tratamientos o procedimientos para la consecución de un embarazo.

Se entiende por técnicas de **alta complejidad** a aquellas donde la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar por fuera del sistema reproductor femenino, incluyendo la fecundación in vitro; la inyección intracitoplasmática de espermatozoide; la criopreservación de ovocitos y embriones; la donación de ovocitos y embriones y la vitrificación de tejidos reproductivos.

[Infoleg - <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>]

7. 69 años, dolor abdominal fosa iliaca izquierda de 72 hs de evolución. Fiebre leucocitosis. De acuerdo a presunción diagnóstica, que imagen pide:

- A. Ecografía abdominal
- B. TC**
- C. Rx abdomen pie

D. Colonoscopia

La diverticulitis se refiere a la inflamación e infección relacionadas con un divertículo y se estima que ocurre en 10 a 25% de personas con diverticulosis.

La infección peridiverticular y pericólica resulta de la perforación (macroscópica o microscópica) de un divertículo, que origina contaminación, inflamación e infección.

La gama de afección es variable, desde diverticulitis leve, no complicada, que puede tratarse en la modalidad de paciente externo, hasta una perforación libre con peritonitis difusa que requiere una laparotomía de urgencia.

La mayoría de los individuos presenta dolor en el abdomen del lado izquierdo con fiebre o sin ella y leucocitosis. Puede haber una masa. Las radiografías simples son útiles para detectar aire intraabdominal libre.

El estudio de TC es muy útil para definir inflamación pericólica, flemón o absceso.

Están relativamente contraindicadas enemas de contraste o endoscopias, debido al riesgo de perforación. El diagnóstico diferencial incluye afección maligna, colitis isquémica, colitis infecciosa y enfermedad intestinal inflamatoria.

[Página 1039 – Schwartz]

8. 64 años, tiene IMC 31 e historia de HTA, se realiza PTOG. Su glucemia en ayunas es 99, y a las 2hs de la misma 174. ¿Cuál es el dg acorde a los resultados?

- A. Normal
- B. Glucemia alterada en ayunas
- C. Tolerancia a la glucosa alterada**
- D. Diabetes

Criterios diagnósticos de Diabetes Mellitus

Criterios diagnósticos de Diabetes Mellitus			
Prueba	Normal	Prediabetes: GAA y/o TGA	Diabetes
Glucemia plasmática en ayunas	- Sin factores de riesgo: menor a 110 mg/dl - Con factores de riesgo: menor a 100 mg/dl	Glucemia en ayunas alterada (GAA): - Sin factores de riesgo: 110 a 125 mg/dl - Con factores de riesgo: 100 a 125 mg/dl	Igual o mayor a 126 mg/dl
Glucemia plasmática al azar			Mayor o igual a 200 mg/dl con síntomas
Tolerancia oral a la glucosa 2hs (PTOG75)	Menor a 140 mg/dL	Tolerancia a la glucosa alterada (TGA): 140 a 199 mg/dl	Igual o mayor a 200 mg/dl
HbA1c	Menor a 5,6%	- 5,7% a 6,4%	Igual o mayor a 6,5%

[Página 141 – Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) 2019]

9. 71 años, dolor abdominal agudo. Ecografía litiasis vesicular múltiple. Labo leve alteración de enzimas hepáticas, sin ictericia y elevación de amilasa sérica 10 veces. Señale momento óptimo para realizar laparoscopia:

- A. Al ingreso y diagnóstico de pancreatitis aguda
- B. A los 3 meses del episodio agudo
- C. Cuando los síntomas remiten**

D. A los 5 meses del episodio agudo

Estamos frente a un caso clínico de pancreatitis aguda. En cuanto al tratamiento causal, en caso de que la etiología sea litiásica, se diferirá la cirugía hasta la resolución del resto del cuadro local. Es frecuente que la colecistectomía se realice en forma diferida.

[Página 503– Giménez]

