

GUÍA DE CIFRAS · ENARM 2026

Cifras *de oro*

El número exacto, por especialidad. Lo que se pregunta en cifras, en una sola hoja de ruta.

ESPECIALIDADES	TEMAS	CIFRAS	EDICIÓN
30	289	1,775	2026

< 7 mg/dL

≥ 140/90

3 · 3 · 3

0.5 mg/kg

> 20 min

1 : 10 000

≤ 35 %

7 – 10 d

2.5 cm

38.0 °C

Cómo leer esta guía

El ENARM no te pregunta si entendiste la fisiopatología. Te pregunta si sabes a partir de qué cifra cambia la conducta.

Esta guía aísla exactamente eso: **puntos de corte, dosis, tiempos, escalas y criterios numéricos** de 30 especialidades. Cada renglón tiene la cifra a la izquierda y qué decide a la derecha. Nada de texto de relleno: si no hay un número, no está aquí.

Úsala como repaso terminal — las últimas cuatro semanas, cuando ya no hay tiempo de volver a leer un capítulo completo y lo que falla son los valores. No sustituye el estudio del tema; es la capa de memoria que se evapora primero.

MARCAS DE PRIORIDAD

- **Tema prioritario.** Alta frecuencia histórica en el examen. Si sólo alcanza para una pasada, que sea por estos.
- **Tema relevante.** Aparece con regularidad y suele decidir reactivos de diagnóstico o tratamiento.
- **Tema básico.** Cifras de piso: rara vez se preguntan solas, pero se asumen conocidas.

CÓMO SE ESTUDIA (Y NO SÓLO SE LEE)

Tapa la columna izquierda. Las cifras caen siempre en la misma posición de la página, así que una tira de papel sobre el margen izquierdo convierte cualquier hoja en un examen: lees el enunciado y dices el número antes de descubrirlo. Es la diferencia entre reconocer y recordar, y es lo único que el examen mide.

Vuelve con intervalos crecientes. Un bloque repasado hoy, en 3 días y en 10 se retiene mucho mejor que el mismo bloque leído tres veces seguidas. La *pestaña del canto derecho* te dice en qué área vas sin abrir el índice.

CONVENCIONES

Los signos $<$, $>$, $\leq$ y $\geq$ se respetan tal como los define la guía de práctica clínica correspondiente: cuando el corte es estricto, la cifra aparece estricta. Las dosis son para adulto salvo que se indique peso o edad. *c/* significa «cada».

QUIÉN PUBLICA ESTO

ENARMIIUM

Una app de repaso para el ENARM con repetición espaciada (FSRS), plan de estudio por semanas, simulador con formato oficial de 280 reactivos y un arcade de juegos clínicos para los días en que no da para sentarse a leer.

enarmium.com

Índice

CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIO

01	Cardiología	101 cifras	5
02	Angiología	32 cifras	9
03	Neumología	80 cifras	11

URGENCIAS Y QUIRÚRGICAS

04	Urgencias	76 cifras	15
05	Urgencias quirúrgicas	58 cifras	19
06	Cirugía general	47 cifras	22
07	Coloproctología	53 cifras	25
08	Traumatología y ortopedia	56 cifras	28
09	Urología	51 cifras	31

MEDICINA INTERNA

10	Endocrinología	81 cifras	34
11	Gastroenterología	54 cifras	38
12	Nefrología	43 cifras	41
13	Hematología	60 cifras	43
14	Reumatología	58 cifras	46
15	Infectología	78 cifras	49
16	Neurología	63 cifras	53
17	Geriatría	46 cifras	56
18	Dermatología	40 cifras	58
19	Psiquiatría	39 cifras	60
20	Genética	43 cifras	62
21	Oftalmología	38 cifras	64
22	Otorrinolaringología	45 cifras	66

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

23	Ginecología	83 cifras	68
24	Obstetricia	68 cifras	72
25	Riesgo obstétrico	69 cifras	75

PEDIATRÍA

26	Pediatría general	58 cifras	78
27	Neonatología	71 cifras	81

28	Crecimiento y desarrollo	56 cifras	84
29	Infectología pediátrica	80 cifras	87
30	Cirugía pediátrica	48 cifras	91

■ HIPERTENSIÓN ARTERIAL

≥ 140/90 mmHg	Define hipertensión arterial en consultorio, con elevación sostenida.
≥ 135/85 mmHg	Umbral diagnóstico por monitoreo domiciliario (MDPA), que requiere entrenamiento del paciente.
≥ 130/80 mmHg	Umbral por MAPA de 24 h — el estándar de oro para HTA nocturna y enmascarada. Diurno ≥ 135/85; nocturno ≥ 120/70.
< 130/80 mmHg	Meta general de tratamiento. También tras EVC y tras infarto. Individualizar.
< 150/90 mmHg	Meta más laxa en > 80 años o aterosclerosis carotídea.
> 15 mmHg	Diferencia de presión entre ambos brazos en la primera consulta: marcador de riesgo cardiovascular.
5 minutos	Reposo sentado, en silencio y sin cruzar piernas antes de medir; manguito 1–2 cm arriba del codo y a nivel del corazón.
35.4 % / 29.9 %	Prevalencia mundial y nacional . En México ~70 % desconoce su diagnóstico.
ITB < 0.9	Índice tobillo–brazo sugestivo de enfermedad arterial periférica .
≥ 30 mg/g	Albuminuria sobre creatinina: marcador temprano de daño renal por HTA.
TFG < 30 mL/min	Por 1.73 m ² : iniciar diurético de asa , evitar espironolactona.
> 3 g/día	Consumo de NaCl considerado dieta alta en sodio. Meta: no exceder 5 g/día (↓ 2–8 mmHg).
150 min/semana	Ejercicio aeróbico: reduce la presión hasta 9 mmHg . Dieta DASH o mediterránea, hasta 14 mmHg.
5–10 % del peso	Pérdida ponderal en sobrepeso u obesidad: reduce la TA 5–20 mmHg .
cada 1–2 meses	Seguimiento mientras no alcance meta; ya en meta, cada 3–6 meses .

■ SÍNDROME CORONARIO AGUDO CEST

< 10 minutos	ECG de 12 derivaciones desde el primer contacto médico. Calibración estándar 10 mm/mV.
≥ 1 mm	Elevación del ST en dos derivaciones contiguas (≥ 0.1 mV), excepto V2–V3.
V2–V3	Corte por grupo: ≥ 2.5 mm en hombres < 40 años, ≥ 2 mm en hombres ≥ 40 años, ≥ 1.5 mm en mujeres.
> 20 minutos	Duración del dolor retroesternal opresivo típico (59.6 % de los casos).
< 120 minutos	Ventana para ICP primaria desde el diagnóstico; si no es posible, fibrinólisis.
< 12 horas	Ventana de fibrinólisis (alteplasa, tenecteplasa o estreptoquinasa) desde el inicio de síntomas.
< 30 minutos	Tiempo puerta–aguja en fibrinólisis.
< 60 / < 90 min	Tiempo puerta–balón : en centro con ICP / si requiere traslado.
300 mg	Carga de AAS masticable . Clopidogrel: carga de 600 mg . Todos reciben además atorvastatina y anticoagulación.
½ dosis	Fibrinolítico en mayores de 75 años .
> 180 / > 110 mmHg	Hipertensión refractaria: contraindicación para fibrinólisis. También EVC isquémico < 6 meses o punción no compresible < 10 días.

1-2 h · 2 h · 3-6 hElevación de **mioglobina** (normal < 24 h), **troponina** (dura 7-14 días) y **CK-MB** (persiste 3 días, útil para reinfarcto).**hasta 50 %**Mortalidad del **choque cardiogénico**, principal causa de muerte intrahospitalaria en IAMCEST.**48 h - 14 días**

Ventana en que aparecen las arritmias post-IAMCEST (72-95 % de los pacientes).

■ SÍNDROME CORONARIO AGUDO SEST

25-30 %

De quienes acuden a urgencias por dolor torácico agudo: 15-20 % infarto, 10 % angina inestable.

> 10 minutos

Duración mínima del cuadro (dolor, disnea, dolor abdominal o síncope).

SatO₂ < 90 %Umbral para **oxígeno suplementario**. Se agregan nitratos IV, β-bloqueador, AAS y anticoagulación.**HDL < 40 mg/dL**Factor de riesgo. Edad de riesgo: **> 45 años** en hombres, **> 55** en mujeres.**TIMI · GRACE**

Escala que deciden la estrategia: en riesgo bajo, manejo conservador.

■ INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

FEVI ≤ 40 %**IC con fracción reducida**. Todos: IECA/ARA-II, β-bloqueador, ARM e iSGLT2.**FEVI ≤ 35 %**Umbral para el esquema ampliado; si persiste sintomático con digoxina y **FC > 70 lpm**, sumar ivabradina.**FEVI ≥ 50 %****IC con fracción preservada**.**BNP ≥ 35 pg/mL**Umbral diagnóstico en IC crónica; **NT-proBNP ≥ 125 pg/mL**.**15-30 % al año**Mortalidad; hasta **75 % a los 5 años** desde el diagnóstico. 1 de cada 4 personas desarrollará IC.**6 minutos**Prueba de **caminata**, útil en la valoración funcional.

□ INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

BNP > 100 pg/mLSospecha diagnóstica; **NT-proBNP > 300 pg/mL**. El ecocardiograma es el estándar de oro.**30 % al año**Mortalidad en el primer año, con **50 % de reingresos**. Principal causa de hospitalización en > 65 años.

■ FIBRILACIÓN AURICULAR

< 110 lpm**Meta de control de frecuencia** en reposo; puede ser más baja en jóvenes.**< 7 días****Paroxística** (suele autolimitarse en < 24 h). **Persistente**: > 7 días. **De larga duración**: > 1 año.**CHA₂DS₂-VASc ≥ 2**Riesgo moderado-alto: indica **anticoagulación oral**. HAS-BLED ≥ 3 = alto riesgo hemorrágico.**Holter 24 h**

Junto con ecocardiografía y perfil tiroideo para el diferencial.

0.5 % → 15 %Prevalencia de los 40-50 años a los 80 años. Riesgo de por vida: **25 %**.

■ TAQUICARDIAS Y TSV

> 100 lpmDefine taquicardia. La AHA recomienda abordaje formal a partir de **> 150 lpm**.**QRS > 0.12 s**

Complejo ancho: sospecha de origen ventricular, bloqueo de rama o vía accesorio.

6 mg → 12 mg**Adenosina** en bolo rápido: primera dosis y segunda si es necesaria.**150 mg / 10 min****Amiodarona IV**, repetible en TV recurrente; seguir con infusión de 1 mg/min por 6 h.**20-50 mg/min****Procainamida IV** hasta supresión, hipotensión o ensanchamiento del QRS > 50 %.**100 mg en 5 min****Sotalol IV** (1.5 mg/kg). Evitar si hay QT prolongado.

160–200 lpm	Frecuencia típica de la TRNAV , causa más común de TSV (60 %); vía accesoria, 25 %.
5–10 mg	Verapamilo IV como alternativa, en fracciones de 2.5 mg cada 5 min con monitoreo ECG.
> 30 lpm	Incremento sobre la basal (o FC > 120 lpm) en los primeros 10 min de bipedestación : taquicardia ortostática postural.
□ BRADICARDIA Y SÍNDROME DEL SENO ENFERMO	
< 60 lpm	Define bradicardia sinusal . El algoritmo actúa cuando hay bradiarritmia con FC < 50/min .
1 mg IV c/3–5 min	Atropina , máximo 3 mg. Es el tratamiento de elección.
5–20 mcg/kg/min	Dopamina si la atropina es inefectiva; adrenalina 2–10 mcg/min . Definitivo: marcapasos transvenoso.
45–70 % a 5 años	Supervivencia en síndrome del seno enfermo con bradicardia. Prevalencia del SSE: 0.03 %.
□ BLOQUEOS AURICULOVENTRICULARES	
PR > 0.20 s	BAV de 1er grado : más de 5 cuadritos, el impulso se conduce con retraso y sin pérdida del QRS.
37 % a 5 años	Supervivencia del BAV de 3er grado no tratado .
> 50 años	Edad de ≥ 80 % de los bloqueos completos. El BAV aparece en 2.7 % de cardiopatía estructural.
□ FIBRILACIÓN VENTRICULAR	
> 300 lpm	Taquiarritmia ventricular desorganizada; el flutter ventricular que la precede corre a 240–300 lpm.
25 % / 7 días	De los SCASEST desarrolla taquiarritmia ventricular en la primera semana.
< 24 horas	FV precoz en SCACEST: mayor mortalidad tardía. Causa más común de muerte súbita cardíaca .
□ ENDOCARDITIS INFECCIOSA	
> 38 °C	Fiebre como criterio menor; es el signo más frecuente (90 %).
2 muestras / 12 h	Hemocultivos con agentes típicos tomados con 12 horas de diferencia .
> 10 mm	Tamaño de vegetación que pesa en la decisión quirúrgica.
< 2 semanas	Aguda : S. aureus. Subaguda (> 2 semanas): S. viridans.
< 1 año	Prótesis temprana : S. epidermidis (80 %). Tardía (> 1 año): S. viridans 40 %, S. epidermidis 30 %, S. aureus 20 %.
4–6 semanas	Ampicilina + aminoglucósido. En prótesis: vancomicina 6 semanas + aminoglucósido y rifampicina 2 semanas.
15–40 %	Mortalidad. Complicaciones: ICC 60 %, glomerulonefritis 25 %, embolismo 20 %, EVC 15 %.
□ PERICARDITIS AGUDA	
2 de 4 criterios	Dolor precordial (95 %), frote pericárdico (20–35 %), derrame (60 %) y cambios ECG típicos (60 %).
4–6 semanas	Incesante si dura más de esto pero menos de 3 meses; recurrente si reaparece tras remisión total en ese lapso. Crónica : > 3 meses.
cada 7–10 días	Seguimiento en casos no complicados, con restricción de ejercicio hasta la remisión.
15–30 %	Reurrencia de las idiopáticas, sobre todo sin AINE + colchicina. En bacterianas o neoplásicas: 25–50 %.
5–28 % · 1 %	Taponamiento y pericarditis constrictiva . Mortalidad global 1.1 %.

□ VALVULOPATÍAS

< 1 cm²	Estenosis aórtica severa; muy severa < 0.6 cm ² . También intervienen FEVI < 50 % y progresión de 1–2 mm/año.
> 5.5 cm	Aneurisma en válvula bicúspide : indicación de intervención.
< 3 meses	Plazo para operar la estenosis aórtica desde el inicio de los síntomas .
1.5–2 / 1–1.5 / < 1 cm²	Estenosis mitral leve / moderada / severa. El área normal es de 4–6 cm ² .
PASP > 50 mmHg	Estenosis mitral moderada con indicación de valvuloplastia percutánea con balón .
80 % a 10 años	Mortalidad de la estenosis mitral tras el inicio de síntomas. Causa: fiebre reumática en 90 %.
< 1 % → 11 %	Prevalencia de insuficiencia mitral de los < 45 años a los > 75 años.

□ HIPERTENSIÓN PULMONAR Y COR PULMONALE

PAPm > 25 mmHg	Define hipertensión arterial pulmonar por cateterismo derecho, con presión capilar < 15 mmHg.
SpO₂ > 90 %	Meta con oxígeno suplementario; se añade anticoagulación.
95 % a 5 años	Supervivencia de los vasorreactivos positivos . Sin tratamiento: mortalidad 8 % (riesgo intermedio) y 19 % (alto) al año.
SatO₂ < 88 %	Umbral de oxígeno en cor pulmonale (o PaO ₂ < 60 mmHg). Causa ≥ 30 % de hospitalizaciones por IC.

□ MIOCARDIOPATÍAS Y WPW

> 30 mm	Grosor parietal en miocardiopatía hipertrófica : criterio de riesgo de muerte súbita, junto con TV no sostenida y AHF.
30–50 %	De las miocardiopatías son genéticas: MYH7 en hipertrófica, TTN en dilatada.
PR < 0.12 s	WPW : PR corto (< 0.09 s en niños), QRS ancho ≥ 0.12 s y onda delta. La ortodrómica es 75 % de los casos.

□ HIPOTENSIÓN POSTURAL

↓ 20 / 10 mmHg	Caída sostenida de TAS/TAD en los primeros 3 minutos de bipedestación (o mesa inclinada positiva).
> 3 minutos	Tardía si aparece después. Posprandial : caída > 20 mmHg 1–2 h tras alimentos.
20 % → 30 %	Prevalencia en > 65 años y en > 70 años.
0.1–0.2 mg/día	Fludrocortisona como monoterapia de primera línea si falla el manejo no farmacológico.

□ FIEBRE REUMÁTICA Y REHABILITACIÓN

5–15 años	Edad típica, con faringitis 2–3 semanas antes. La válvula más afectada es la mitral.
600 000 UI	Penicilina benzatínica si pesa menos de 27 kg; 1 200 000 UI si pesa más.
8 semanas	Reposo y paracetamol en carditis leve sin insuficiencia cardiaca.
8–12 semanas	Duración de la rehabilitación cardiaca tras el alta (hasta 6 meses). Vida sexual: tras 2 semanas sin síntomas.
HbA1c 6–6.5 %	Meta en diabetes tipo 2 dentro del programa de rehabilitación; TA < 130/80 mmHg tras infarto.

Angiología

7 temas · 32 cifras

02

■ DISECCIÓN AÓRTICA

< 14 días

Define disección **aguda**; **crónica** si lleva más de 3 meses.

PAS 120 mmHg

Meta para reducir el estrés de pared, junto con FC < 60 lpm, alcanzada en **20 minutos**. Esmolol o labetalol.

10–40 %

Proporción de radiografías de tórax **normales**: un mediastino no ensanchado no descarta. Confirmar con angio-TC o RM.

≥ 30 / millón

Incidencia anual. Hombres 3:1, entre los **50 y 70 años**, como complicación de crisis hipertensiva.

■ TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Wells: 10 · 30 · 60 %

Probabilidad de TVP en riesgo **bajo**, **intermedio** y **alto** según el modelo clínico.

≥ 3 cm

Diferencia de perímetro de pantorrilla respecto a la contralateral: criterio de Wells. También postración > 3 días o cirugía mayor en 4 semanas.

0–7 días

Fase aguda: HNF, HBPM o fondaparinux por 7 días. **Largo plazo**: 7 días a 3 meses. **Extendida**: > 3 meses.

1–2 / 1 000 al año

Incidencia general; sube a **1 por 100 personas/año** en mayores de 55 años.

90 % · 5 % · 5 %

Localización: piernas, brazos y sitios inusuales (cerebro o víscera).

16–20 mmHg

Presión de la **media de compresión graduada**; la compresión mecánica intermitente infla 11–12 s y desinfla 60 s.

■ INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

22–29 mmHg

Compresión indicada a quien pasa > **5 horas** de pie o sentado por trabajo.

400 mg c/8 h

Pentoxifilina añadida al manejo de la **úlceras venosa**. Flebotónicos (castaña de indias, diosmina) para síntomas.

6 meses

Fracaso de compresoterapia y medidas de alivio venoso antes de considerar cirugía.

< 3 cm

Altura de tacón recomendada dentro de las medidas físico-posturales.

□ ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

ITB < 0.9

Diagnóstico de EAP. < **0.5**: isquemia crítica. > **1.4**: arteria no compresible (calcificada).

> 200 m / < 200 m

Claudicación **leve** y **moderada-grave** según la distancia recorrida.

75–325 mg/día

AAS (o clopidogrel 75 mg/día), con estatina, ejercicio regular y HbA1c < 7 %.

100 mg c/12 h

Cilostazol por 3 meses: eficaz sobre los síntomas de claudicación.

0.9 % → 14.5 %

Prevalencia de los ≤ 49 años a la edad avanzada. Mortalidad de 4–6 %.

□ ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL

> 3 cm

Diámetro anteroposterior que **define** el aneurisma (o dilatación focal > 1.5 veces lo normal).

≥ 5.5 cm

Umbral de **reparación**, salvo que sea sintomático. Por debajo: antihipertensivos, estatina, dejar de fumar y vigilancia.

70 %

Mortalidad de la **rotura**. Prevalencia hasta 10 % en mayores de 65 años; hombres 4:1; tabaquismo es el principal factor.

□ ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN EL EMBARAZO

1 : 1 500 embarazos

Frecuencia de la ETV obstétrica; causa **5.4 % de las muertes maternas**.

90 %

Ocurre en extremidad inferior **izquierda**, por compresión de la vena ilíaca izquierda.

6 semanas posparto

Duración de la HBPM a dosis altas en ETV con síndrome antifosfolípido, o hasta volver al anticoagulante oral.

10 días

Tromboprofilaxis con HBPM tras **cesárea de urgencia**.

> 3 días / > 4 h

Hospitalización prolongada o viaje: movilización temprana y tromboprofilaxis mecánica y farmacológica.

48 horas

Ventana para trombectomía venosa de la extremidad desde el inicio del cuadro.

□ ISQUEMIA INTESTINAL

1 : 1 000 ingresos

Frecuencia hospitalaria; predomina en hombres **> 60 años**.

71 %

Mortalidad de la **isquemia mesentérica aguda** (mortalidad general del cuadro: 5 %).

70 %

Se debe a alteración de la **arteria mesentérica superior**. La colitis isquémica reversible se resuelve en < 24 h.

48-72 horas

Reposo intestinal con soluciones parenterales ante gangrena o perforación. La angio-TC tiene sensibilidad del 96 %.

Neumología

13 temas · 80 cifras

03

■ EPOC

FEV₁/FVC < 0.70

Relación posbroncodilatador que **confirma** la limitación irreversible al flujo aéreo. La espirometría es el estudio de elección.

> 40 años

Edad desde la que se sospecha ante factores de riesgo. Prevalencia de 3–6 % en mayores de 50 años; **4ª causa de muerte** en México y el mundo.

3 meses × 2 años

Tos crónica productiva en dos años consecutivos: define **bronquitis crónica**.

CAT ≥ 10

Indica limitación en la vida diaria. Junto con **mMRC ≥ 2** define al paciente muy sintomático; CAT > 20: LAMA + LABA.

≥ 2 exacerbaciones

O ≥ 1 **hospitalización** en el año: define el grupo de alto riesgo (grupo E).

> 300 cél/μL

Eosinófilos o antecedente de asma: añadir corticoide inhalado al LABA.

PaO₂ < 55 mmHg

Indicación de **oxígeno domiciliario** (o SatO₂ < 88 %).

PaO₂ 56–60 mmHg

Oxígeno sólo si hay **poliglobulia** (Hto > 55 %), cor pulmonale o hipertensión pulmonar.

■ NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

< 48 horas

Si la clínica inicia dentro de las primeras 48 h del ingreso, sigue siendo **adquirida en la comunidad**.

CURB-65: 0–1

Manejo **ambulatorio** (equivalente a PSI I–III). **2 puntos**: hospitalización (PSI IV). **3–5**: valorar terapia intensiva (PSI V).

C·U·R·B·65

Confusión · Urea > 30 mg/dL (BUN > 19) · FR ≥ 30/min · PAS < 90 o PAD ≤ 60 mmHg · edad ≥ 65 años.

SatO₂ < 94 %

Umbral para administrar oxígeno suplementario.

60–70 %

Sensibilidad de la **radiografía de tórax** para detectar neumonía.

3–8 / 1 000 hab.

Incidencia. 40 % requiere hospitalización y hasta 10 % terapia intensiva; en ~50 % no se identifica el agente.

40 %

Frecuencia del **derrame pleural** como complicación; el empiema es frecuente en etiología neumocócica.

■ TUBERCULOSIS PULMONAR

> 2 semanas

Tos productiva que obliga a estudiar **sintomático respiratorio**: 3 muestras de esputo para BAAR, enviadas en < 24 h.

2 + 4 meses

TAES: fase intensiva HRZE por 2 meses (60 dosis, lunes a sábado) y fase de sostén HR por 4 meses. Efectividad del 97.5 %.

≥ 10 mm

PPD positivo en población general. La lectura es a las 48–72 h por técnica de Mantoux.

≥ 5 mm

PPD positivo en VIH, contacto reciente, corticoides (prednisona ≥ 15 mg/día) y **menores de 5 años**, con o sin BCG.

6 meses

Quimioprofilaxis con isoniacida: < 5 años, < 14 años sin BCG, > 15 años con VIH y PPD positivo. En VIH con PPD +: **9 meses**.

55–88 %

Reducción del riesgo de reactivación con quimioprofilaxis.

> 30 días

Interrupción del tratamiento que se clasifica como **abandono**.

< 24 horas	Plazo de notificación de tuberculosis meníngea o miliar.
glucosa > 250 mg/dL	O HbA1c > 8.5 % en diabetes: enviar a segundo nivel. Comorbilidades: diabetes 20 %, desnutrición 13 %, VIH 10 %.
< 50 % de glucemia	Hipoglucoorraquia del LCR en TB meníngea, con proteínas elevadas. Hemocultivos positivos en ~50 % de la diseminada.
■ CRISIS ASMÁTICA	
SpO₂ 90–95 %	Crisis leve–moderada , con PEF o FEV ₁ del 50–60 % y FC < 120/min.
SpO₂ < 90 %	Crisis grave , con PEF o FEV ₁ del 25–50 %.
4–10 inhalaciones	SABA con inhalador presurizado y espaciador, repetible cada 20 min durante una hora .
> 94 %	Meta de saturación con oxígeno de flujo controlado; el alta requiere ≥ 94 % al aire ambiente y sin dificultad respiratoria.
2 g en 20 min	Sulfato de magnesio IV en exacerbación grave sin respuesta inicial.
< 3 horas	Instauración rápida de la exacerbación: pronóstico distinto al de la progresión lenta (que suele tardar ~6 h).
PEF > 75 %	Criterio de alta tras vigilancia, con variabilidad < 25 % y sin necesidad de rescate.
■ ASMA EN PEDIATRÍA	
3 episodios / 3 años	Sibilancias recurrentes en los primeros 3 años que cumplen el índice predictivo de asma (IPA) modificado.
> 4 %	Eosinofilia en sangre periférica como criterio menor del IPA.
6 años	Edad a partir de la cual el diagnóstico se confirma por espirometría (antes es clínico + IPA). También la edad mínima para omalizumab.
FEV₁/CVF < 70 %	Indica obstrucción. Reversibilidad: FEV₁ mejora > 12 % posbroncodilatador (o PEF > 20 %).
caída > 20 %	Del FEV ₁ en la prueba de reto: se considera positiva .
■ EMBOLIA PULMONAR	
Wells < 2 · 2–6 · > 6	Probabilidad clínica baja, intermedia y alta de TEP.
FC > 100 lpm	Criterio de Wells, junto con cirugía o inmovilización en las 4 semanas previas y cáncer en quimioterapia en los últimos 6 meses.
< 500 ng/mL	Dímero D que excluye ETV en riesgo intermedio; en probabilidad clínica baja el corte se eleva a 1 000 ng/mL.
90 %	De los émbolos proviene de una TVP de miembros inferiores .
3–6 meses	Anticoagulación cuando el TEP fue provocado (cirugía o traumatismo).
□ DERRAME PLEURAL	
10–15 mL	Cantidad normal de líquido pleural. Se borra el ángulo costofrénico a partir de 50–75 mL.
< 10 mm	Derrame que no se punciona; tampoco si es bilateral con contexto claro de trasudado.
Light: > 0.5 / > 0.6	Exudado si proteínas LP/suero > 0.5, DHL LP/suero > 0.6, o DHL > 2/3 del límite superior normal sérico.
ADA > 35 U/L	Sugiere TB pleural (sensibilidad 88–100 %, especificidad 81–97 %).
pH < 7.2	Paraneumónico complicado , junto con glucosa < 60 mg/dL y DHL > 1 000 U/L: requiere drenaje.

1.5 L por sesión

Máximo a drenar en derrame maligno. Retirar la sonda con < 200 mL/día en adultos (1–2 mL/kg/día en niños).

10–20 %

De los paraneumónicos evoluciona a **empiema**.

■ CÁNCER PULMONAR**55–74 años**

Edad de **tamizaje anual** con TAC de tórax de dosis baja en alto riesgo.

> 30 paquetes-año

Criterio de tamizaje, o abandono del tabaco hace **menos de 15 años**.

> 8 mm

Nódulo sospechoso, con bordes espiculados, reforzamiento con contraste y retracción pleural.

80 % / 20 %

Células no pequeñas (adenocarcinoma 60 %, escamoso y indiferenciado 10 % c/u) frente a **células pequeñas**.

T1 < 3 cm

Estadificación por tamaño: **T2** 3–5 cm, **T3** 5–7 cm, **T4** > 7 cm.

20 · 25 · 55 %

Al diagnóstico: enfermedad localizada, metástasis regionales y diseminación a distancia. Tabaquismo asociado en 90 %.

□ SAOS**IAH 5–15**

SAOS **leve**; moderado 15–30; **grave** > 30. A partir de IAH ≥ 15 la primera línea es CPAP.

> 48 cm

Circunferencia de cuello de riesgo alto; 43–48 cm riesgo moderado; < 43 cm bajo.

↓ 50 % del flujo

Define **hipopnea**, o reducción menor asociada a desaturación > 3 % o microdespertar.

10 % del peso

Pérdida ponderal que ya reduce el IAH. Afecta al 17 % de los adultos de 30–69 años y hasta 58 % de los obesos.

□ INFLUENZA**75 mg c/12 h × 5 d**

Oseltamivir, de elección. Idealmente dentro de las primeras 48 h del inicio de síntomas.

1–4 días

Periodo de incubación. Fiebre ≥ 38 °C y tos con disnea como síntomas iniciales.

0.5 mL anual

Vacuna intramuscular en deltoides (muslo anterolateral de los 6 a 12 meses), desde los 6 meses de edad.

IMC > 40

Obesidad como grupo de riesgo, junto con < 5 años, ≥ 65 años, crónicos, inmunocomprometidos y embarazadas.

■ COVID-19**2–7 días**

Incubación (hasta 2 semanas); síntomas hacia el día **11.5** tras la exposición. Cuarentena de al menos 14 días.

SpO₂ < 94 %

Enfermedad **moderada**; < 90 % con signos de neumonía es **grave**; FR ≥ 30/min o SDRA es crítica.

< 5 días

Ventana para **nirmatrelvir/ritonavir** (300 mg + 100 mg c/12 h por 5 días) en alto riesgo de progresión.

< 8 días

Ventana de **remdesivir** (200 mg día 1, luego 100 mg c/24 h): > 12 años, > 40 kg y requerimiento < 15 L.

SpO₂ ≤ 94 %

Umbral para **dexametasona** en hospitalizados, junto con HNF o enoxaparina.

> 10 días

Manejo sintomático ambulatorio, oximetría 2–3 veces al día y vigilancia hasta el día 14.

□ BRONQUITIS AGUDA Y NEUMOCISTOSIS**> 3 semanas**

Duración de la tos en **bronquitis aguda** (50 % productiva), con fiebre leve de < 3 días. 95 % es viral.

5 %

De los cuadros sugestivos de bronquitis resulta ser **neumonía bacteriana**.

CD4 < 200/mm³

O **CD4 < 14 %**: riesgo de neumocistosis (90 % de los casos) e indicación de profilaxis.

800/160 mg al día

TMP-SMX profiláctico y terapéutico; se suspende con CD4 > 200 por más de 3 meses.

□ TABAQUISMO, NEUMOCONIOSIS Y OTROS

Índice < 10 / > 41**Índice tabáquico** (paquetes-año): riesgo nulo y riesgo alto.**1-5 cigarrillos/día**Eleva **40 %** el riesgo de infarto agudo de miocardio.**10 días**

Sin abstinencia tras intervención breve: referir a segundo o tercer nivel.

13.7 años

Edad de inicio en México; 15.3 % de los mexicanos fuma. El tabaco causa > 30 % de los cánceres.

10-20 añosLatencia de la **neumoconiosis** tras la exposición; 9.7 % de las enfermedades de trabajo en México.**< 11 μmol/L**Nivel sérico (≈ 57 mg/dL) que establece **déficit de alfa-1 antitripsina**; sospechar en enfisema panlobulillar basal en < 45 años.**20-40 años**Latencia del **mesotelioma** tras exposición a asbesto; pleura en > 85 %, supervivencia de 9 a 17 meses.

Urgencias

12 temas · 76 cifras

04

■ PARO CARDIACO Y ACLS

5–6 cm	Profundidad de las compresiones sobre la mitad inferior del esternón (2–2.5 pulgadas).
cada 2 minutos	Cambio de compresor — equivale a 5 ciclos de 30:2 — y reevaluación de pulso.
1 cada 6 segundos	Ventilaciones con vía aérea avanzada (10 por minuto), con volumen corriente de 500–600 mL .
PETCO₂ < 10 mmHg	Indica RCP de mala calidad o perfusión muy baja: replantear la técnica. Meta durante RCP: 10–20 mmHg .
PETCO₂ > 40 mmHg	Ascenso sostenido: signo de retorno de circulación espontánea , junto con pulso y onda arterial.
< 10 segundos	Duración máxima de cada intento de aspiración ; después, oxígeno al 100 %.
Glasgow < 8	Con sospecha de trauma medular o craneofacial: tracción mandibular , nunca frente-mentón.
6 → 12 mg	Adenosina IV en bolo; la segunda dosis a 1–2 minutos.
300 → 150 mg	Amiodarona IV en bolo en el paro desfibrilable.
1–1.5 → 0.5–0.75 mg/kg	Lidocaína : dosis inicial y segunda dosis.
cada 3–5 min	Adrenalina durante el paro. Los fármacos tardan ~2 min en llegar a la circulación central.

■ CUIDADOS POSPARO

SpO₂ 92–98 %	Meta de oxigenación tras el retorno de la circulación; iniciar con 10 ventilaciones por minuto .
PaCO₂ 35–45 mmHg	Meta de ventilación.
PAS > 90 mmHg	O PAM > 65 mmHg : usar cristaloides, vasopresores o inotrópicos.
32–36 °C × 24 h	Control dirigido de temperatura con dispositivo de enfriamiento.
3–16 % / 18 %	Supervivencia del paro prehospitalario y hospitalario . Sólo 40 % de los adultos recibe RCP por un lego.

□ SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO

SOFA ≥ 2	Incremento sobre el basal ante una infección: define sepsis . Evalúa PaO ₂ /FiO ₂ , plaquetas, bilirrubina, Glasgow, creatinina, gasto urinario y PAM.
qSOFA: 3 criterios	Glasgow < 15 · FR ≥ 22/min · PAS ≤ 100 mmHg. Herramienta de cribado, no diagnóstica.
lactato > 2 mmol/L	(> 18 mg/dL) Con necesidad de vasopresor para PAM ≥ 65 mmHg: define choque séptico .
PVC 8–12 mmHg	Metas de reanimación, junto con PAM ≥ 65 mmHg, diuresis ≥ 0.5 mL/kg/h y ScvO ₂ ≥ 70 %.
> 38.3 / < 36 °C	Temperatura de respuesta inflamatoria; leucocitos > 12 000 o < 4 000, bandas > 10 %, INR > 1.5, glucosa > 120 mg/dL.
10 % → 40 %	Mortalidad de la sepsis y del choque séptico .

■ CRISIS HIPERTENSIVAS

≥ 180/120 mmHg	Define la crisis hipertensiva . Sin daño orgánico es urgencia (76 % de los casos); con daño, emergencia (24 %).
24–48 horas	Plazo para reducir la TA en la urgencia hipertensiva , habitualmente ambulatorio.

25 % en 1-2 h	Reducción máxima de la TA en la emergencia hipertensiva , evitando hipoperfusión.
< 120 mmHg	PAS objetivo inmediato (o en < 20 min) con FC < 60 lpm en la disección aórtica.
< 185/110 mmHg	Objetivo inmediato en EVC isquémico candidato a trombólisis.
15 % en 24 h	Reducción de la PAM en la encefalopatía hipertensiva ; en preeclampsia y otros cuadros, 20–25 %.
> 79 %	Mortalidad sin tratamiento, con mediana de supervivencia de 10.4 meses .
■ ANAFILAXIA	
0.3–0.5 mg IM	Adrenalina (1 mg/mL) en cara anterolateral del muslo, repetible cada 5–20 minutos . Es el fármaco de elección.
> 90 %	Frecuencia de las manifestaciones cutáneas .
60–90 minutos	Pico del cuadro tras el inicio. El retraso del tratamiento > 60 min aumenta el riesgo de respuesta bifásica.
hasta 20 %	Proporción de cuadros bifásicos : un segundo episodio tras la mejoría inicial.
■ INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL	
> 150–200 mg/kg	Dosis tóxica, o > 10 g en adultos. La dosis terapéutica máxima es de 4 g/día.
4 horas	Momento de la toma de niveles séricos tras la ingesta: determina si se inicia tratamiento (nomograma).
1 g/kg	Carbón activado en dosis única, dentro de las primeras 2 horas.
8–10 horas	Ventana ideal para la N-acetilcisteína .
140 + 70 mg/kg	NAC oral: carga y luego 17 dosis de sostén cada 4 h (régimen de 72 h).
150 / 50 / 100 mg/kg	NAC intravenosa: en 15–60 min, en 4 h y en 16 h.
AST > 1 000 U/L	Mal pronóstico. INR > 6.5 predice falla hepática fulminante.
< 24 h • 24–72 h	Fase 1 (inespecífica) y fase 2 (dolor en hipocondrio derecho); fase 3 a las 72–96 h; recuperación de 96 h a 14 días.
□ INTOXICACIÓN POR SALICILATOS	
< 150 mg/kg	Ingesta sin toxicidad . 150–300 mg/kg: leve-moderada; 300–500: severa; > 500 mg/kg : potencialmente letal.
1–2 horas	Aparición de síntomas tras ingesta aguda única. Medir salicilatos y gasometría cada 2 horas .
1–2 mEq/kg	Bicarbonato de sodio IV en 3–5 min para alcalinizar.
> 800 µg/mL	Nivel que indica hemodiálisis en adultos (> 700 en niños y ancianos), o acidosis con pH < 7.2 pese a hidratación.
□ DESCONTAMINACIÓN Y ANTÍDOTOS	
0.5–1 g/kg	Carbón activado : 10–25 g en < 1 año, 25–50 g de 1 a 12 años, 25–100 g en adultos. Idealmente en < 2 h (margen hasta 6 h).
60 minutos	Ventana del lavado gástrico , ampliable hasta 16 h en ciertos tóxicos. Sonda 36–40 Fr en adulto, 20–24 Fr en niños; bolos de 200–300 mL a 38 °C.
0.4–2 mg IV	Naloxona en intoxicación por opiáceos, repetible cada 2–3 min; en < 20 kg, 0.01 mg/kg.
0.1–0.3 mg IV	Flumazenil en 30 segundos; infusión de 0.3–0.5 mg/h. Pediátrico: 10–20 µg/kg.

1–4 mg	Atropina en organofosforados (0.02 mg/kg en niños). Síndrome agudo a las 6–8 h, intermedio 1–4 días, tardío 2–3 semanas.
1–2 mg IV	Midazolam como primera línea en agitación por alucinógenos o estimulantes.
□ INTOXICACIONES AMBIENTALES	
COHb 15–20 %	Síntomas leves por monóxido de carbono ; niveles de 60–70 % suelen ser fatales . Oxígeno al 100 % con mascarilla.
5 g/kg	Dosis tóxica de etanol en adultos; 3 g/kg en niños. Niveles de 100–200, 200–300 y 300–400 mg/dL marcan la gravedad.
12–24 horas	Latencia de la acidosis y la alteración visual (halos, ceguera) en intoxicación por metanol .
> 45 µg/dL	Plomo : indicación de quelantes (dimercaprol también si hay encefalopatía). > 20 µg/dL: vigilancia por 3 meses.
> 40 µg/dL	Mercurio sérico: referir a centro toxicológico. Talio : > 100 µg/L en suero y > 200 µg/L en orina son peligrosos.
6 horas	Observación en hidrocarburos : alta si sigue asintomático con radiografía normal (repetida cada 4–6 h).
> 40 °C	Temperatura central con disfunción del SNC: golpe de calor . Referir a UCI a > 65 años o con comorbilidad.
■ ANIMALES PONZOÑOSOS	
30 minutos	Ventana para aplicar el faboterápico antialacrán . El veneno aparece en plasma en < 2 min; el antídoto permanece ~5 días.
< 5 / > 60 años	Grupos de riesgo en picadura de alacrán, junto con desnutridos, diabéticos, hipertensos, nefrópatas y embarazadas.
< 10 cm / > 15 cm	Edema que separa la mordedura de vipéridos leve de la moderada; el antiveneno va de 4–5 a 6–8 frascos IV diluidos en 1 hora.
1 vial (2.5 mL)	Latrodectus : en infusión de 15–20 min diluido en 30 mL de salina; repetible a las 2–4 h. Incubación de 30 min a 2 h.
3–7 días	Evolución del loxoscelismo (cutáneo 83.3 %, visceral < 10 %). Dapsona 1 mg/kg/día más faboterápico.
> 10 cm / > 24 h	Reacción local extensa por himenópteros . Letalidad con 20–200 picaduras de avispa o 350–7 000 de abeja; vigilar 7 días.
□ SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO	
24 horas	Plazo para la endoscopia en el paciente estable con STDA; la segunda exploración, a las 16–24 h de la primera.
Blatchford > 1	Amerita endoscopia. Se usa junto con la escala de Rockall.
80 mg IV	Bolo de omeprazol inicial.
> 50 mL	Pérdida a partir de la cual la melena se hace evidente; 90 % proviene de sangrado proximal al ligamento de Treitz.
30 % / 57 %	Mortalidad del sangrado variceal y letalidad acumulada al año. H. pylori causa 90 % de las úlceras pépticas.
8–15 %	Proporción de STDA por Mallory–Weiss ; alcohol implicado en 40–80 %, casi siempre en < 40 años.
2–4 %	Mortalidad del sangrado bajo (edad media 65 años); la causa diverticular explica 20–55 % de los casos.

■ CÁUSTICOS, AHOGAMIENTO Y TRIAGE

6–24 horas	Ventana para la endoscopia tras ingesta de cáusticos, con el paciente estable.
> 3 síntomas	Odinofagia, disnea, disfonía, hematemesis: predicen daño gastrointestinal severo . Riesgo de estenosis esofágica del 70–100 %.
< 6 años	Edad típica de ingesta accidental (pilas de botón). La sosa cáustica es la sustancia más frecuente (59–66 %).
> 5 minutos	Tiempo de inmersión que empeora el pronóstico, junto con RCP > 25 min, Glasgow < 5 y pH < 7.1. Basta aspirar 3 mL/kg para inactivar el surfactante.
< 10 min	Atención en el nivel de triage rojo (riesgo vital). El nivel siguiente se atiende en 30–60 min.

Urgencias quirúrgicas

9 temas · 58 cifras

05

■ TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN ADULTOS

Glasgow 13–15	TCE leve ; moderado 9–12; grave ≤ 8 . Un Glasgow de 3 es criterio de muerte cerebral.
Glasgow < 8	Indicación de intubación endotraqueal , o caída de más de 3 puntos respecto al basal.
PIC > 22 mmHg	Umbral de tratamiento de la hipertensión intracraneal (PIC normal ~ 10 mmHg; rango aceptable 5–15).
> 60 mmHg	Presión de perfusión cerebral objetivo.
PaCO₂ 35–45 mmHg	Meta de ventilación; con hiperventilación terapéutica no bajar de 30 mmHg. PaO ₂ > 100 mmHg, SpO ₂ > 95 %.
Hb > 7 g/dL	Junto con glucemia 80–180 mg/dL, sodio 135–145 mEq/L, INR < 1.4, pH 7.35–7.45 y temperatura 36–38 °C.
Solución al 3 %	Salina hipertónica cuando hay hipertensión intracraneal con hipotensión.
24 horas	Repetir TAC tras una contusión cerebral (puede evolucionar a hematoma); en TCE moderado, control a las 12–18 h.
5 % / 15 %	Convulsiones postraumáticas en TCE moderado y grave . Los anticonvulsivos no cambian el desenlace.
20 %	De los pacientes tiene una TAC inicial normal . El hematoma subdural aparece en 30 % de los TCE graves y el epidural en 0.5–2 %.

■ TCE EN PEDIATRÍA

Glasgow 14–15	Leve ; moderado 9–13; grave < 8. Se complementa con AVDI : si sólo responde al dolor o está inconsciente, referir de urgencia.
PECARN	Regla que predice necesidad de TAC; sustituye a la radiografía de cráneo, que no documenta 21 % de las fracturas .
< 1 año	Con Glasgow < 15: TAC obligada. También hematoma, edema o laceración > 5 cm en piel cabelluda del lactante.
3–6 horas	Observación como alternativa a la TAC en el riesgo intermedio; el alta requiere vigilancia domiciliaria por 24 h.
5–7 mg/kg/día	Fenitoína profiláctica ante riesgo de convulsión postraumática (pérdida de conciencia, Glasgow < 8 o TAC anormal).
cada 2–3 horas	Frecuencia con la que hay que despertar al niño en vigilancia domiciliaria del TCE leve.
< 1 hora	Plazo para estabilizar y trasladar a centro especializado el TCE grave.

■ CHOQUE

PAS < 90 mmHg	O PAM < 65 mmHg : definición operativa de choque.
62 · 16 · 16 %	Distribución: distributivo séptico , hipovolémico y cardiogénico ; distributivo no séptico 4 % y obstructivo 2 %.
< 2 segundos	Llenado capilar con extremidades tibias y pulsos saltones: orienta a choque distributivo .

PAS < 90 y FC < 60

Choque neurogénico: hipotensión con bradicardia. Aparece hasta en 31 % de las lesiones cervicales altas (C1–C5).

■ CHOQUE HIPOVOLÉMICO Y TRAUMA

FC > 100 lpm

Clase II. La clase III añade hipotensión y confusión; la **clase IV** cursa con FC > 140 lpm.

1 L / 20 mL/kg

Carga inicial de cristaloides isotónicos o Hartmann en **adulto** y en **niño**.

PAS 80–90 mmHg

Meta de **hipotensión permisiva** en choque hemorrágico, excepto si hay TCE.

0.5 / 1 mL/kg/h

Diuresis objetivo en **adulto** y en **niño**.

1 g IV

Ácido tranexámico: mejora la supervivencia si se administra temprano. La coagulopatía aparece hasta en 30 % del trauma con hemorragia.

1 500 / 750 mL

Sangre perdida en fractura de **fémur** y de **tibia o húmero**. Con pérdida > 50 % del volumen hay pérdida de conciencia.

40 · 50 · 10 %

Distribución trimodal de la muerte por trauma: **inmediata**, en **minutos–horas** (la hora dorada) y **tardía** por sepsis y falla orgánica.

■ QUEMADURAS

2–4 mL × kg × %SCQ

Fórmula de **Parkland** con Ringer lactato: 2 mL en térmicas y 4 mL en eléctricas.

50 % en 8 h

Primera mitad del volumen calculado; el resto, en las **16 horas** siguientes, contadas desde la quemadura.

1 % de SCT

Superficie de la **palma con los dedos** del propio paciente: regla rápida de estimación.

> 10 % SCT

Umbral desde el que se aplica reanimación hídrica formal; en niños se suman 1 500–1 800 mL/m² de mantenimiento.

0.5–1 mL/kg/h

Diuresis meta en **adultos**; en niños < 30 kg, 1–2 mL/kg/h.

100 mL/h

Gasto urinario objetivo en quemadura **eléctrica** mientras haya pigmenturia; luego se baja a 0.5 mL/kg/h.

> 20 % SCQ

Gran quemado en adulto (grados AB o B), o índice de gravedad > 70 puntos. En < 2 años y > 65 años basta **10 %**.

30 minutos

Lavado con agua en **quemadura química**; más prolongado si es álcali.

■ TRAUMA TORÁCICO

> 1 500 mL

Sangre obtenida de inmediato por sonda pleural: define **hemotórax masivo** e indica toracotomía.

75 % / 25 %

Presencia en el politraumatizado y contribución a la **mortalidad** por trauma. Sólo 10 % de los cerrados requiere cirugía.

PaO₂ < 60 mmHg

O **SatO₂ < 90 %**: intubar en tórax inestable. Se asocia a hemotórax o neumotórax en 60 %.

> 8 cm

Ensanchamiento mediastinal sugestivo de lesión aórtica, con obliteración del botón aórtico y desviación traqueal derecha.

FC < 80 lpm

Meta con esmolol en lesión aórtica traumática, con **PAM de 60–70 mmHg**. 80–85 % muere en el sitio del trauma.

< 2.54 cm

Distancia desde la carina en que ocurre la mayoría de las **lesiones traqueobronquiales**; 80 % muere en la escena.

24–48 horas

Retraso con que se hacen evidentes los signos de lesión traqueobronquial en el trauma cerrado.

■ TRAUMA ABDOMINAL Y PÉLVICO

> 200 mL	Líquido libre detectable por eco-FAST ; repetible cada 30 min si se sospecha hemoperitoneo progresivo.
> 500 leucos	O > 100 000 hematíes , Gram positivo o fibras vegetales: lavado peritoneal diagnóstico positivo.
Bazo 40–55 %	Órgano más lesionado en trauma cerrado , seguido de hígado (35–45 %) e intestino delgado (5–10 %).
> 3.66 metros	Caída (12 pies) como mecanismo típico de fractura pélvica . Mortalidad del 5–30 %, y hasta 50 % si es abierta.
> 2 unidades	Transfusión, sangrado > 1 000 mL o inestabilidad: indicación de exploración quirúrgica por lesión esplénica.
80 %	Mortalidad de la sepsis posesplenectomía . Vacunar contra neumococo, Hib y meningococo 2 semanas antes (electiva) o después (urgencia).

□ TRAUMA EN EL EMBARAZO

1 200–1 500 mL	Sangre que la embarazada sana puede perder antes de mostrar signos de hipovolemia, ya con sufrimiento fetal.
FCF < 110 o > 160	Junto con FC materna > 110 lpm e índice de severidad > 9: predictores de mal desenlace fetal.
10–15 cm	Elevación del lado derecho (o 15° de rotación en bloque) para evitar la compresión de la vena cava inferior .
4–6 horas	Monitorización fetal a partir de las 20–24 SDG; 24 horas si hay factores de riesgo de desprendimiento.
4 minutos	RCP sin retorno de circulación en > 20 SDG: considerar cesárea perimortem .
4–6 g IV	Sulfato de magnesio en 15–20 min ante eclampsia; lorazepam 1–2 mg/min como alternativa anticonvulsiva.

□ HIPOTERMIA Y LESIÓN POR FRÍO

< 35 °C	Temperatura central que define hipotermia . Estadios: 32–28 °C, 28–24 °C y < 24 °C.
3 dosis	Máximo de adrenalina (1 mg) y descargas en el paro por hipotermia profunda antes de priorizar el recalentamiento extracorpóreo.
40 °C / 20–30 min	Agua a temperatura constante para recalentar la zona congelada, hasta que recupere color y perfusión.

Cirugía general

8 temas · 47 cifras

06

■ APENDICITIS AGUDA

12 horas	Tiempo en que el dolor migra del epigastrio o periumbilical a la fosa ilíaca derecha.
24–72 horas	Ventana en que es más frecuente la perforación desde el inicio del dolor.
> 37.3 °C	Temperatura que puntúa en la escala de Alvarado (MANTRELS), junto con leucocitos > 10 000/mm ³ y neutrofilia > 75 %.
> 20 000/mm³	Leucocitosis que hace sospechar perforación .
65–70 %	Posición retrocecal del apéndice; pélvica en 20–30 %. La obstrucción es por hiperplasia linfóide (≥ 60 %) o fecalito (30–40 % en adultos).
90 %	Proporción de radiografías simples normales : sólo orientan a obstrucción. La TAC es el método de elección ante la duda.
> 3–4 cm	Absceso apendicular que requiere drenaje guiado por imagen .
1 : 1 500 embarazos	Urgencia quirúrgica no obstétrica más frecuente del embarazo, sobre todo en el 2º trimestre.
3–5 % → 20 %	Pérdida fetal en apendicitis no perforada y perforada . El apéndice asciende 3–4 cm durante la gestación.

■ COLELITIASIS Y CÓLICO BILIAR

10–20 %	Prevalencia en adultos; el riesgo aumenta a partir de los 40 años (regla de las 5 F). 80 % son litos de colesterol.
< 6 horas	Duración del cólico biliar , sin fiebre, sin datos peritoneales y con laboratorio normal. Si supera 24 h, sospechar colecistitis.
10 % a 5 años	Litiasis asintomática que se vuelve sintomática; 20 % a 20 años. La colecistitis ocurre en 5–20 % de los portadores de litos.
> 3 cm	Cálculo con indicación de colecistectomía en el asintomático , junto con vesícula en porcelana, anomalía congénita y anemia falciforme.
< 5 mm	Litos de colesterol no calcificados disolubles con ácido ursodesoxicólico por 1–2 años.
75 mg IM	Diclofenaco en el cólico biliar: además de analgesiar, ayuda a prevenir la progresión a colecistitis.

■ COLECISTITIS Y COLEDOCOLITIASIS

> 5 mm	Pared vesicular engrosada por ultrasonido; la vesícula distendida mide > 8 × 4 cm.
< 18 000 y < 72 h	Tokyo grado I (leve): sin disfunción orgánica. Grado II: leucocitos > 18 000, más de 72 h de evolución o masa palpable.
< 7 días	Ventana de la colecistectomía laparoscópica temprana ; si se difiere, se opera a las 6–12 semanas.
> 39 °C	Fiebre con mayor irritación peritoneal y leucocitosis: sospechar perforación vesicular .
> 6 mm	Diámetro del colédoco que obliga a buscar coledocolitiasis; también si hay pancreatitis o bilirrubina total > 4 mg/dL.
10–15 %	De la colelitiasis sintomática desarrolla coledocolitiasis . La pancreatitis post-CPRE ocurre en 7 %.
10–14 %	Proporción de colecistitis alitiásica (tras CPRE, trauma o estancia prolongada en terapia intensiva).

■ COLANGITIS

1 %	De los pacientes con coledocolitiasis desarrolla colangitis; es típica de la 7ª década .
70 %	Mortalidad de la péntada de Reynolds (tríada de Charcot + hipotensión y alteración del estado mental).
11 % → 20–30 %	Mortalidad global actual y en las formas graves . Tras CPRE la incidencia es de 0.5–2.4 %.

■ OCLUSIÓN INTESTINAL

> 3 cm	Diámetro de asas dilatadas: con niveles hidroaéreos en bipedestación y escasez de aire colónico, es la tríada más específica.
48–72 horas	Duración del manejo conservador con sonda nasogástrica , ayuno y líquidos IV; 90 % mejora en ese plazo.
50–150 mL	Volumen de contraste hidrosoluble por sonda nasogástrica o vía oral: es diagnóstico y terapéutico.
> 500 mL al 3er día	Drenaje por sonda que indica cirugía , igual que un íleo mecánico de más de 3 días.
EVA > 4 · PCR > 75	Con resistencia abdominal y leucocitosis: predicen necesidad de laparotomía .
65–75 %	Las adherencias como causa; afecta al intestino delgado en 76 %. Edad media 68.5 años; 70–80 % responde al manejo conservador.

■ HERNIAS DE PARED ABDOMINAL

5 %	Prevalencia de hernia abdominal en la población; 5–20 % se encierran y 2–5 % se estrangulan.
75 %	Proporción de hernias inguinales , sobre todo en hombres de 30 a 59 años. La estrangulación ocurre en 1–3 %.
3–5 % · 3:1	Frecuencia de la hernia femoral y predominio femenino; tiene la mayor tasa de estrangulación (15–20 %).
> 3 cm	Defecto que obliga a usar mall . En la umbilical infantil se opera si mide > 1.5 cm o persiste después de los 2 años.
1 hora antes	Momento del antibiótico profiláctico cuando se colocará mall.
54 % → 32 %	Recidiva de la hernia posincisional sin y con material protésico. Dejar de fumar al menos 4 semanas antes.
95 % / 5–10 %	Hernia hiatal por deslizamiento frente a paraesofágica ; esta última se complica hasta en 30 %.

■ INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y FASCITIS

30 días	Plazo dentro del cual una infección se considera de sitio quirúrgico (hasta 90 días si hay implante).
6 horas	Herida traumática de menos de 6 h y limpia: cierre primario. Con > 6 h, cuerpos extraños o tejido desvitalizado: cierre diferido .
LRINEC ≥ 6	Riesgo moderado de fascitis necrosante (6–7) y alto (≥ 8). Usa PCR, leucocitos, hemoglobina, sodio, creatinina y glucosa.
30–60 mL/kg	Reanimación hídrica en la primera hora; reintervención con lavado a las 24 horas .
INR > 1.5	O plaquetas < 50 000/μL : coagulopatía que contraindica la colocación de catéter central.

□ ÍLEO BILIAR Y LAPAROSCOPIA

> 2 cm	Diámetro de 90 % de los cálculos que producen íleo biliar ; 50–70 % impacta en íleon terminal.
60 %	Las fístulas colecisto-duodenales como origen. Complica 2–3 % de las colelitiasis con colecistitis.

10-12 mm

Trocar subumbilical en laparoscopia diagnóstica, más dos laterales de 5 mm en línea medioclavicular; efectividad del 95 %.

7-10 días

Cita posoperatoria para retiro de puntos; alta definitiva a los 15 días.

Coloproctología

9 temas · 53 cifras

07

■ CÁNCER COLORRECTAL

50 años	Edad de inicio del tamizaje en riesgo bajo: sangre oculta en heces anual (guayaco de elección) y colonoscopia. 90 % de los casos ocurre a esta edad o después.
2–3 muestras	De 3 deposiciones distintas . Evitar AINE 7 días antes, y carnes rojas (falso positivo) o vitamina C (falso negativo) 3 días antes.
cada 10 años	Colonoscopia en riesgo bajo; sigmoidoscopia o colon por enema cada 5 años.
40 años	Inicio del tamizaje con antecedente familiar, o 10 años antes de la edad del familiar más joven, repitiendo cada 5 años.
12 años	Inicio del tamizaje en poliposis adenomatosa familiar , con sigmoidoscopia anual; al hallar un pólipo, endoscopia cada 1–3 años.
> 20 µg/L	Antígeno carcinoembrionario de mal pronóstico; sirve para seguimiento posquirúrgico, no para tamizaje.
> 5 cm	Margen de resección amplia con anastomosis en etapa I.
60–90 %	Riesgo de cáncer colorrectal en la poliposis adenomatosa familiar , el síndrome de mayor riesgo.
10 años	Evolución de la enfermedad inflamatoria intestinal que ya obliga a vigilancia por riesgo de cáncer.

□ SÍNDROME DE LYNCH

50–80 %	Riesgo de cáncer colorrectal a lo largo de la vida, según el gen afectado: MSH2 (43 %), MLH1 (37 %) y MSH6.
3–5 %	De todos los cánceres de colon. Herencia autosómica dominante .
< 50 años	Edad del caso índice en los criterios de Ámsterdam .
20–25 años	Inicio de la colonoscopia cada 1–2 años . Biopsia endometrial anual desde los 30 años.

■ ENFERMEDAD DIVERTICULAR

PCR > 50 mg/L	Apoya el diagnóstico clínico de diverticulitis aguda .
< 5 cm / > 5 cm	Hinchey Ib (absceso pericólico) y Hinchey II (absceso > 5 cm o pélvico): el segundo requiere drenaje percutáneo.
48 horas	Sin mejoría o sin tolerancia a la vía oral en Hinchey 0–Ia: hospitalizar e iniciar antibióticos.
6 semanas	Plazo mínimo antes de hacer estudios endoscópicos tras una diverticulitis aguda.
95 %	De los divertículos se localiza en el sigmoides . Afecta a 1/3 de los mayores de 45 años y a 2/3 de los mayores de 85.
10–25 %	Desarrolla diverticulitis, en promedio a los 62 años. La fibra previene la recurrencia en 70 % a 5 años.

□ COLITIS ULCERATIVA

2–4.5 g/día	5-ASA oral como primera línea para inducir remisión en enfermedad leve a moderada; mesalazina tópica hasta 4 g/día.
3 días / 7 días	Falta de respuesta a la terapia intravenosa inicial y a la de rescate : referir para valoración quirúrgica.
> 6 cm	Diámetro del colon transversal con pérdida de haustras: megacolon tóxico .

66 % / > 75 %	Alcanza remisión con tratamiento, pero la mayoría tendrá al menos una exacerbación .
5 %	Desarrollará colangitis esclerosante primaria . La apendicectomía reduce el riesgo de la enfermedad en 13–26 %.
□ ENFERMEDAD DE CROHN	
6 semanas	Duración de la diarrea con dolor cólico y pérdida de peso que obliga a sospecharla. La diarrea sanguinolenta es dato de gravedad.
3–6 g/día	Sulfasalazina oral en enfermedad leve.
9 mg/día	Budesonida en enfermedad moderada, hasta por 6 meses.
40–60 mg/día	Prednisona en moderada a severa, hasta la resolución (7 a 28 días).
15 mg IM/semana	Metotrexato de mantenimiento, junto con la terapia anti-TNF.
750–1 500 mg/día	Metronidazol en enfermedad fistulizante; ciprofloxacino 1 000 mg/día como alternativa.
90 % / 40–80 %	Afectación del íleon terminal y frecuencia de la enfermedad perianal . Perforación en 1–2 %.
10 veces	Aumento del riesgo en familiares de primer grado . Picos a los 15–25 y 55–65 años.
■ PATOLOGÍA ANORRECTAL BENIGNA	
< 72 horas	Ventana para la escisión de la hemorroide externa trombosada, que cursa con dolor agudo y tumoración azulada.
6 semanas	Plazo de mejoría con fibra, hidratación y ejercicio en hemorroides. Corticoides o anestésicos tópicos, menos de 7 días .
< 6 / > 6 semanas	Fisura anal aguda y crónica. El 95 % se localiza en la línea media posterior ; 10–15 % en la anterior.
2 % por 6–8 sem	Diltiazem tópico como tratamiento inicial de la fisura crónica. La toxina botulínica dura 2–3 meses.
90 %	Curación con esfinterotomía lateral interna ; incontinencia temporal 7 %, permanente 4 %, recurrencia 1–6 %.
> 3 800 g	Producto macrosómico con pujo prolongado: factor de riesgo obstétrico de fisura anal.
□ ABSCESO Y FÍSTULA ANAL	
95 %	De los abscesos y de las fístulas son criptoglandulares (inespecíficos). Perianal 60 %, isquiorrectal 30 %.
hasta 50 %	De los abscesos evoluciona a fístula , sobre todo los isquiorrectales; 37 % tras drenaje.
> 30 % del esfínter	Compromiso que contraindica la fistulotomía simple (transesfintéricas altas, supra y extraesfintéricas).
2–9 %	Recurrencia de la fistulotomía con marsupialización en fístulas simples; no requiere antibiótico.
CD4 < 200	Inmunosupresión que obliga a antibiótico además del drenaje. En VIH, 30 % tiene patología anorrectal.
~50 %	Mortalidad de las infecciones necrosantes perineales (gangrena de Fournier) pese a tratamiento oportuno.
< 2 años	Edad en la que el absceso anal se maneja de forma conservadora ; a partir de los 2 años, quirúrgico.
■ VÓLVULOS DE COLON	
1–7 %	De todas las obstrucciones intestinales. En América Latina la forma aguda llega a 20–54 % ; mortalidad del 7–20 %.

> 60 años

Edad de riesgo del **vólvulo sigmoides**, junto con institucionalización, estreñimiento crónico y enfermedad neuropsiquiátrica.

Ausencia de gas rectal 90 %

Hallazgo radiográfico más frecuente; sigmoides en «U» invertida 86 % y signo del **grano de café** 76 %.

ciego > 10 cm

Signo tomográfico de riesgo de perforación; la TAC es el estudio de elección (signos del remolino y del pico de pájaro).

15–40 %

Proporción del **vólvulo cecal** entre los vólvulos de colon; la mortalidad sube a 22 % si hay colon necrótico.

□ QUISTE PILONIDAL

19–21 años

Edad típica; incidencia de **26 por 100 000** habitantes, con relación hombre:mujer de 2:1.

6 semanas

Tiempo sin bicicleta tras la cirugía; evitar sedestación prolongada, mejorar higiene y depilación.

6–14 %

Infección de la herida quirúrgica. Seguimiento a la semana, al mes y cada 3 meses hasta el año; reincorporación laboral en 3–4 semanas.

Traumatología y ortopedia

10 temas · 56 cifras

08

□ ESQUINCE DE TOBILLO

72 horas	Fase inicial: controlar dolor y edema y proteger el ligamento. Después, movilidad y función temprana para evitar rigidez.
6 cm	Reglas de Ottawa: dolor a la palpación en los 6 cm distales del borde posterior de cualquier maléolo, o incapacidad para apoyar.
casi 100 %	Sensibilidad de las reglas de Ottawa; reducen 30–40 % las radiografías innecesarias.
20 min c/8 h	Hielo local; evitar el apoyo las primeras 48 horas y usar vendaje elástico por 7 días.
7 / 21 días	Resolución del esguince grado I (valoración al 5º día) y del grado II .

□ FRACTURA DE CADERA

24–36 horas	Ventana de la cirugía temprana desde el trauma: es el tratamiento de elección.
24 horas	Plazo para la radiografía AP de pelvis y lateral de cadera.
40 mg SC/día	Enoxaparina: 12 h antes de la cirugía y se reinicia 12 h después.
cada 2 horas	Movilización para prevenir úlceras por presión . Retirar el catéter urinario a las 48–72 h del posoperatorio.
60 % / 40 %	Fracturas extracapsulares (más frecuentes) frente a intracapsulares . Predominan en mayores de 65 años.
Garden III / IV	Completa con desplazamiento < 50 % y > 50 % de la superficie.

□ FRACTURAS DE MIEMBRO SUPERIOR

6 y 12 semanas	Control radiográfico de la fractura de clavícula no desplazada con cabestrillo; recuperación en ~90 días.
> 2 cm	Desplazamiento (o escápula con hombro flotante) que indica cirugía en la clavícula. El tercio medio concentra 70–75 % de los casos.
4–6 semanas	Inmovilización con yeso en fractura de radio distal ; si está mínimamente desplazada, férula de soporte 2–3 semanas.
> 2 mm	Escalón o brecha articular en radio distal que indica manejo quirúrgico. Osteoporosis presente en 34 % de estos pacientes.
55–75 %	La supracondílea humeral como fractura de codo más frecuente en el niño; 95 % por caída con el codo en extensión.
< 2 mm	Desplazamiento que permite manejo conservador en fractura de codo (< 5 mm en epitroclea); ketorolaco IV máximo 3 días.

□ LUXACIONES

< 6 horas	Plazo máximo entre el ingreso y la reducción de la luxación de cadera : es una emergencia. Posterior:anterior 9:1.
95–97 %	La luxación glenohumeral anterior ; representa el 50 % de todas las luxaciones mayores. Edad media 15–29 años.
< 6 / > 6 semanas	Luxación glenohumeral aguda y crónica . Tras reducir, inmovilizar de 2 a 6 semanas.

50–70 %	Recidiva , sobre todo en menores de 18 años.
3 semanas	Inmovilización tras reducción cerrada de luxación simple de codo . Neuroapraxia del cubital en 10 %.
24–72 horas	Ventana de vigilancia del síndrome compartimental del antebrazo tras fractura o luxación de codo.
3–5 años	Edad típica del codo de niñera ; tras los 5 años el ligamento anular engrosa y deja de ocurrir.
□ LESIONES DE RODILLA	
70 %	De las hemartrosis de rodilla se asocian a lesión del ligamento cruzado anterior.
esp. > 97 %	Especificidad del cajón anterior para LCA; el cajón posterior para LCP tiene especificidad del 98 %.
> 10 mm	Apertura de la esquina posterolateral que requiere inmovilización prolongada; con 0–10 mm basta extensión por 3 semanas.
4 semanas → 6 meses	Inicio y duración de la rehabilitación tras plastia ligamentaria.
□ OSTEOARTRITIS	
< 30 minutos	Duración de la rigidez matutina : la clave que la separa de la artritis inflamatoria.
30 días	Dolor articular persistente sin antecedente causal, en mayores de 50 años .
VSG < 40 mm/h	Junto con factor reumatoide < 1:40 : criterios de apoyo del American College of Rheumatology.
Kellgren-Lawrence	Escala radiológica de 0 a IV que gradúa la severidad.
IMC < 30	Meta antes de cirugía; con IMC ≥ 35 y comorbilidad el riesgo quirúrgico se eleva. Prevalencia nacional del 10.5 %.
□ ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	
> 10° de Cobb	Define escoliosis en radiografía PA de pie (o > 7° con escoliómetro). Afecta a 2–3 % de los niños de 10 a 15 años.
Cobb 20–29°	Indicación de corsé en paciente de 12–14 años premenárquica; con > 30° en cualquier paciente.
cada 4–6 meses	Vigilancia clínica y radiográfica en el manejo conservador de la escoliosis.
3–8 años	Edad de presentación de la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes ; unilateral en 90 %; el hueso se reconstruye en 3–4 años.
> 50 %	Colapso del pilar lateral (Herring C): mal pronóstico. Cirugía si hay extrusión, colapso severo o > 8 años con deformidad.
12 / 13.5 años	Edad media de la epifisiolisis de cabeza femoral en mujeres y hombres; aguda si lleva < 3 semanas.
< 1 %	Prevalencia del pie plano patológico ; el flexible afecta a 21–57 % de los niños de 2 a 6 años y disminuye con la edad.
□ INFECCIONES Y COMPRESIONES NERVIOSAS	
> 15 días	Tiempo tras el cual la radiografía simple muestra osteomielitis; la RM con gadolinio es el estudio de elección temprano.
8 horas	Momento en que la PCR comienza a elevarse en osteomielitis; la VSG tarda días. Hemocultivos antes del antibiótico.
3.8 %	Prevalencia del síndrome del túnel del carpo , la neuropatía por atrapamiento más frecuente; mujeres de 40 a 60 años.
4–6 semanas	Duración de los AINE en fase aguda del túnel del carpo; vitamina B6 200 mg c/24 h por 3–6 meses.

> **3–6 meses**

Clínica persistente o déficit sensitivo–motor: indicación **quirúrgica**.

500 mg c/12 h

Dicloxacilina en mordedura humana con lesión abierta (TMP–SMX si hay alergia); 75 % de los puñetazos afecta tejidos profundos.

□ TUMORES ÓSEOS

> **1 mes**

Dolor óseo de predominio **nocturno** sin antecedente de trauma: sospecha de tumor óseo.

10–25 años

Edad del **osteosarcoma** (mediana 16 años), que representa 20 % de los tumores óseos malignos.

> **3 meses**

Dolor en rodilla u hombro a esa edad: estudiar por sospecha de osteosarcoma.

10–15 años

Pico del **sarcoma de Ewing**; afecta el esqueleto axial en 54 % (pelvis 25 %).

70 % → 30 %

Supervivencia a 5 años del Ewing en enfermedad **localizada y metastásica**: la metástasis al diagnóstico es el factor pronóstico principal.

□ HOMBRO DOLOROSO Y OTRAS

70 %

La **tendinitis del manguito rotador** como causa de hombro doloroso; 95 % se maneja en primer nivel.

1–2 días

Inmovilización máxima si el dolor es intenso; 3 semanas sólo si se sospecha luxación. 40 % persiste sintomático al año.

5–15 %

Mortalidad de la **embolia grasa**, más frecuente entre los 10 y 40 años.

6–8 horas

Plazo para reparar una **lesión vascular** asociada a fractura diafisaria de tibia; el aseo quirúrgico de la expuesta, en las primeras 6 h.

< **2 semanas**

Evolución que permite trombólisis o trombectomía en el **síndrome de Paget–Schroetter** (incidencia 2/100 000).

■ TORSIÓN TESTICULAR

< 5 horas	Exploración dentro de este plazo: salvamento del 80 % . Cae a 20 % a las 10 h y tras 24 h el 90–100 % no es viable.
4–13 horas	Ventana de la torsión completa para preservar testículo y fertilidad.
< 24 h / > 24 h	Detorsión con orquidopexia bilateral frente a orquitectomía más orquidopexia contralateral.
1:4 000	Incidencia en menores de 25 años; predomina de los 10 a 15 años. Segunda causa de escroto agudo (16 %).
50 %	De los casos el dolor inicia durante el sueño .

□ UROLITIASIS

20–60 minutos	Duración de los paroxismos del cólico renoureteral , con náusea, vómito, hematuria y puñopercusión positiva.
0.4 mg/día	Tamsulosina como terapia médica expulsiva; ondansetrón 4 mg IV para el vómito.
80 %	De los litos son de calcio : oxalato 65 % y fosfato 15 %. Estruvita 10–15 %, ácido úrico 5–10 %, cistina 1–3 %.
< 3 cm ³	Cálculo con función renal normal: litotricia extracorpórea . De 3 a 7 cm ³ : ureteroscopia o percutánea. > 7 cm ³ o coraliforme: percutánea.
10–20 % / 5 %	Riesgo de por vida en hombres y mujeres; recurrencia del 30–50 % a 10 años.
7–14 días	Antibiótico empírico tras cultivo si hay infección asociada (ciprofloxacino o levofloxacino).

□ HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

APE < 4 ng/mL	Valor normal general; ajustado por edad: 0–2.5 (40–49 a), 0–3.5 (50–59), 0–4.5 (60–69), 0–6.5 (70–79).
4–10 ng/mL	Rango en el que se solicita APE libre para afinar el riesgo.
↓ 50 % del APE	Efecto de los inhibidores de 5-alfa-reductasa : reducen tamaño y probabilidad de cirugía; mejoría en 3–6 meses.
6–12 meses	Duración sostenida del efecto de los alfabloqueadores , que alivian rápido pero no frenan la progresión.
< 30 cc / > 80 cc	Próstata pequeña (incisión transuretral, preserva eyaculación) y grande (prostatectomía abierta o enucleación).
> 55 años	Edad desde la que 60 % presenta síntomas; en México 61 % reporta síntomas del tracto urinario inferior.
3 y 6 meses	Evaluación posoperatoria con IPSS, EGO y urocultivo; después, anual con APE y tacto rectal.

□ CÁNCER DE PRÓSTATA

> 50 años	Inicio del tamizaje sin factores de riesgo; desde los 40 años con antecedente hereditario o raza negra. Termina a los 70.
APE < 2.5	Repetir en 2 años . Si es > 3 ng/mL (o > 2.5 en el grupo de alto riesgo), repetir en 1–3 meses y medir APE libre.

APE > 5.5 ng/mL	O APE libre < 25 % : indicación de biopsia, aun con tacto rectal normal.
> 2 ng/mL	APE tras prostatectomía: recurrencia bioquímica . Debe ser indetectable a las 3 semanas de la cirugía.
3, 6, 9 y 12 meses	Seguimiento con APE y tacto rectal el primer año; luego cada 6 meses por 3 años.
Gleason ≤ 6 / 7 / 8–10	Riesgo bajo (APE < 10), intermedio y alto (APE > 20). 90 % es adenocarcinoma de la zona periférica.
■ CÁNCER DE TESTÍCULO	
< 40 años	Neoplasia sólida maligna más diagnosticada en el varón joven; edad media en México, 28 años . Supervivencia a 5 años del 95 %.
95 % / 5 %	Tumores germinales (seminomatosos 40–70 %, radiosensibles) frente a no germinales , que suelen ser benignos.
10 %	Tiene antecedente de criptorquidia ; sin corregir, duplica el riesgo.
1–3 % / 5 %	Segundo tumor primario contralateral con y sin quimioterapia previa; hasta 70 % a 7 años si hay neoplasia intratesticular no tratada.
10 años	Duración del seguimiento clínico y de laboratorio tras el tratamiento quirúrgico.
□ CÁNCER DE VEJIGA Y RENAL	
> 55 años	Edad de más del 90 % de los cánceres de vejiga ; cuarto más común en el hombre, 3 veces más frecuente que en la mujer.
90 %	Se presenta como hematuria indolora , con síntomas irritativos que imitan infección urinaria y retrasan el diagnóstico.
2–6 semanas	Plazo para repetir la resección transuretral en tumores de alto grado.
< 4 cm / > 4 cm	Cáncer renal localizado: nefrectomía parcial o radical. 90 % de los tumores renales son carcinoma de células renales (85 % de células claras).
6–10 %	Frecuencia de la triada clásica (hematuria, dolor y masa); 50 % se detecta de forma incidental.
20–30 %	Presenta síndromes paraneoplásicos : anemia 88 %, Stauffer 21 %, fiebre 20 %, hipercalcemia 15 %.
□ INFECCIÓN URINARIA ALTA Y PROSTATITIS	
1 g c/24 h × 5 d	Ciprofloxacino oral en pielonefritis no complicada; levofloxacino 750 mg c/24 h por 7 días.
7 días	Duración mínima en hombres con pielonefritis (siempre se considera complicada).
72 horas	Fiebre persistente pese al antibiótico: hacer ultrasonido renal para descartar litos o absceso.
4 semanas	Duración del antibiótico en prostatitis aguda para evitar cronicidad; 27.5 % tiene antecedente de manipulación del tracto urinario.
□ RETENCIÓN URINARIA E INCONTINENCIA	
> 150 / > 200 mL	Volumen vesical mate a la percusión y palpable .
400 mL / 15 min	Vaciamiento intermitente: drenar ese volumen, pausar y continuar, para evitar hematuria ex vacuo e hipotensión.
72 horas	Plazo para definir el tiempo de sondaje y tratar la causa. 10 % de los > 70 años y 30 % de los > 80 la presentarán en 5 años.
8 contracciones × 3	Ejercicios de Kegel al día, de 5 a 15 segundos, por 3 meses.
5 mg c/8–12 h	Oxibutinina por 2 meses en incontinencia de urgencia; tolterodina 1–2 mg c/12 h por 6–8 semanas.

4-12 semanas

Duloxetina con ejercicios vesicales en incontinencia de esfuerzo moderada-severa.

□ **ESCROTO Y URETRA**

12-24 meses

Plazo de **resolución espontánea** del hidrocele infantil; el no comunicante se vigila los primeros 2 años.

< 6 semanas

Epididimitis aguda; crónica si supera ese tiempo. Es el 37-64.6 % del escroto agudo infantil.

15-20 minutos

Hielo local 3 veces al día por 3-5 días en epididimitis, con elevación escrotal 7-14 días.

< 1 cm / > 1 cm

Segmento de **estenosis uretral**: uretrotomía interna endoscópica frente a uretroplastia término-terminal. Seguimiento mínimo de 5 años.

15-20 %

Prevalencia del **varicocele** (predominio izquierdo); responsable de 70 % de la infertilidad secundaria masculina.

cada 3 meses

Espermatozoides de control durante el primer año tras tratar el varicocele.

■ DIAGNÓSTICO DE DIABETES Y PREDIABETES

≥ 126 mg/dL	Glucosa en ayuno de 8 h , en dos determinaciones distintas.
≥ 200 mg/dL	Glucosa al azar con síntomas clásicos, o a las 2 h de una carga oral de 75 g.
HbA1c ≥ 6.5 %	Prueba de elección para el diagnóstico.
100–125 mg/dL	Glucosa alterada en ayuno ; intolerancia a la glucosa: 140–199 mg/dL a las 2 h; HbA1c de 5.7 a 6.4 % .
FINDRISC > 12	Puntaje que obliga a solicitar glucosa plasmática en ayuno.
45 años	Edad de inicio del tamizaje en asintomáticos, repitiendo cada 3–5 años .

■ TRATAMIENTO Y METAS EN DIABETES TIPO 2

80–130 mg/dL	Meta preprandial ; posprandial < 180 mg/dL; HbA1c < 7 %.
425 → 850 mg c/12 h	Metformina : se inicia bajo y se sube cada 3–5 días hasta la dosis meta, para reducir efectos gastrointestinales.
TFG 30–45	mL/min/1.73 m ² : dosis máxima de metformina de 1 000 mg/día . Con TFG < 30 y uso de iDPP-4, preferir linagliptina.
HbA1c > 8 %	En diabetes de novo: iniciar metformina más un segundo antidiabético desde el principio.
HbA1c > 10 %	O glucosa > 300 mg/dL con síntomas de desgaste: iniciar insulina .
5–7 % del peso	Meta de pérdida ponderal en los primeros 3 meses, con 150 min/semana de ejercicio aeróbico.
< 130/80 mmHg	Meta de presión arterial en jóvenes o con nefropatía diabética; en el resto, 130–140/< 80 mmHg.
cada 3 meses	Control mientras se busca la meta glucémica; una vez controlado, cada 6 meses.

■ DIABETES TIPO 1

40–60 % basal	Proporción de la dosis diaria total de insulina; el resto se reparte como preprandial .
50 / 30 / 20 %	Distribución de la dieta: carbohidratos, grasas y proteínas , con conteo estricto de hidratos.
3–4 veces al año	Frecuencia de la HbA1c . Presión arterial y perfil lipídico anuales (este último desde los 12 años).
< 2 %	Proporción de la diabetes en México que es tipo 1; el 90 % es autoinmune (anti-GAD65, ICA, IAA, IA2A, ZnT8A).
5–7 años	Primer pico de presentación; el segundo, al inicio de la pubertad .

■ CETOACIDOSIS DIABÉTICA

≥ 250 mg/dL	Hiperglucemia de la tríada, con cetonemia o cetonuria y acidosis metabólica ($\text{HCO}_3 \leq 18$ mmol/L y/o pH ≤ 7.30).
pH < 7.0	Marcador de severidad , junto con $\text{HCO}_3 < 5$ mmol/L, cetonas > 6 mmol/L, K < 3.5, Glasgow < 12, $\text{SatO}_2 < 92$ % y brecha aniónica > 16.
0.1 U/kg	Bolo de insulina regular , seguido de infusión a 0.1 U/kg/h.
50–75 mg/dL/h	Descenso esperado de la glucosa; si no se alcanza, subir la infusión 1 U/h.

< 250 mg/dL	Agregar solución glucosada al 5–10 % y bajar la insulina a 0.05 U/kg/h , manteniendo glucosa ~200 mg/dL.
K 3–4 / 4–5 mEq/L	Agregar 40 mEq y 20 mEq de KCl por litro de solución, respectivamente.
cada 1–2 h	Glucemia capilar; pH, bicarbonato y electrolitos cada 4–6 h .
< 200 · ≥ 18 · < 12	Criterios de resolución : glucosa, bicarbonato y brecha aniónica.
> 70 %	Mortalidad del edema cerebral (raro). Rabdomiólisis en 16 % y lesión renal aguda en ~50 %.
■ ESTADO HIPERGLUCÉMICO HIPEROSMOLAR	
> 600 mg/dL	Glucosa, con osmolaridad > 320 mOsm/kg y bicarbonato > 15 mmol/L (sin acidosis significativa).
1 000 mL	Solución salina 0.9 % en la primera hora ; después 250–500 mL/h ajustando la tonicidad según el sodio.
3 mOsm/kg/h	Descenso máximo de la osmolaridad; el sodio no debe bajar más de 10–12 mEq/L en 24 h, por riesgo de edema cerebral.
cada 2–3 h	Creatina quinasa para detección temprana de rabdomiólisis.
5–16 %	Mortalidad. Representa < 1 % de los ingresos por diabetes; precipitantes más comunes: infección urinaria y neumonía.
□ HIPOGLUCEMIA	
< 70 mg/dL	Define hipoglucemia. Leve/moderada hasta 60; grave < 50 mg/dL o con alteración del estado de alerta.
15–20 g	Hidratos de carbono de absorción rápida; medir a los 15 minutos y repetir hasta glucosa > 80 mg/dL.
25 mL al 50 %	Glucosa IV en la hipoglucemia grave; si no hay acceso, glucagón 1 mg IM o SC.
10–20 g	Hidratos de absorción lenta (pan, galletas) una vez recuperado, para evitar la recaída.
■ OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO	
IMC ≥ 30	Define obesidad : grado I 30–34.9, II 35–39.9, III ≥ 40. Sobrepeso 25–29.9.
IMC ≥ 27	Con comorbilidad (o ≥ 30 sin ella): candidato a farmacoterapia si no bajó 5 % del peso en 3–6 meses.
IMC ≥ 40	Criterio de cirugía bariátrica , o 35–39.9 con al menos una comorbilidad severa.
120 mg × 3/día	Orlistat de primera elección. Liraglutida desde 0.6 mg SC por una semana.
1–4 kg	Meta de pérdida en el primer mes ; a mediano plazo, más del 10 % del peso inicial.
> 102 / > 88 cm	Cintura de síndrome metabólico en hombres y mujeres, con TG > 150, HDL < 40/< 50, glucosa ≥ 100 y TA ≥ 130/85.
□ DISLIPIDEMIAS	
< 55 mg/dL	Meta de c-LDL en riesgo muy alto, con reducción ≥ 50 % del basal. Tras un segundo evento en 2 años, la meta baja a < 40 mg/dL.
< 70 / < 100 / < 116	Metas de c-LDL en riesgo alto, moderado y bajo .
> 150 mg/dL	Define hipertrigliceridemia y es también la meta terapéutica. Con TG > 200 se inicia estatina; si persiste, bezafibrato.
10 mg/día	Ezetimiba cuando no se alcanza la meta con la estatina máxima tolerada.
> 190 mg/dL	c-LDL que por sí solo clasifica como alto riesgo ; colesterol total ≥ 310 mg/dL.

< 5 • 5–10 • > 30 %	Riesgo cardiovascular a 10 años (HEARTS): bajo, moderado y crítico ; alto 10–20 %, muy alto 20–30 %.
> 20 años	Inicio del tamizaje con colesterol total y triglicéridos, repitiendo cada 5 años si son normales.
□ TIROIDES	
TSH > 10 mUI/L	Umbral para tratar el hipotiroidismo subclínico ; la sospecha empieza con TSH > 4.5 mUI/L.
0.45–4.12 mUI/L	Meta de TSH con levotiroxina, que se toma en ayuno y tiene vida media de ~7 días.
TSH ≥ 2.5 mUI/L	Con T4 libre baja en el embarazo : iniciar levotiroxina.
> 60 años	Tamizaje de TSH en mujeres; si es normal, reevaluar cada 5 años. Prevalencia del hipotiroidismo primario en México: 1 %.
60–70 %	La enfermedad de Graves como causa de hipertiroidismo; aparece entre los 30 y 50 años.
> 50 años	Edad en que el yodo radiactivo es de elección; contraindicado en embarazo y hay que evitar la concepción por 6 meses.
500–1 000 mg	Carga de propiltiouracilo en crisis tirotóxica, seguida de 250 mg cada 4 h.
□ NÓDULO Y CÁNCER DE TIROIDES	
> 1 cm	Nódulo que requiere biopsia por aspiración con aguja fina (estándar de oro ante sospecha). 90–95 % son benignos.
< 2 semanas	Referencia urgente ante disfonía, adenopatía cervical, crecimiento tiroideo rápido o nódulo en un niño.
80 % / 15 %	Carcinoma papilar y folicular , ambos de buen pronóstico. El medular se asocia a MEN2; el anaplásico es el más agresivo.
30–100 mCi	Yodo radiactivo en bajo riesgo; 100–150 en alto riesgo y 200 mCi si hay metástasis pulmonares, con rastreo a los 3–10 días.
cada 12 meses	Seguimiento del nódulo benigno con TSH y ultrasonido el primer año; después cada 24 meses.
□ SUPRARRENAL E HIPÓFISIS	
< 3 µg/dL	Cortisol sérico matutino que sugiere insuficiencia suprarrenal; valores normales o altos la descartan.
> 20 µg/dL	Respuesta normal del cortisol a los 60 min de la estimulación con cosintropina (estándar de oro).
5–7.5 mg/día	Prednisona en Addison (2/3 por la mañana); fludrocortisona 0.05–0.1 mg/día para el déficit de aldosterona.
1 mg nocturno	Supresión con dexametasona a dosis bajas (o 2 mg en 48 h) para tamizar Cushing, junto con cortisol libre urinario de 24 h.
ACTH < 20 pg/mL	Orienta a un Cushing ACTH-independiente . Los microadenomas hipofisarios explican 90 % de la enfermedad de Cushing.
> 20–25 ng/mL	Define hiperprolactinemia . Primera línea: cabergolina 0.25–0.5 mg; segunda, bromocriptina 0.625–1.25 mg.
regla de los 10	Feocromocitoma : ~10 % bilaterales, extrasuprarrenales y malignos. Se diagnostica con metanefrinas en orina de 24 h; paroxismos < 1 h.
> 2 cm / > 4 cm	Adenoma suprarrenal identificable por TAC y tamaño que hace sospechar malignidad .
25–100 mg c/12 h	Espironolactona en hiperaldosteronismo por hiperplasia; eplerenona 25–50 mg c/12 h.
■ AGUA Y SODIO	
< 8 mEq/L en 24 h	Velocidad máxima de corrección del sodio, para evitar el síndrome de desmielinización osmótica .

Na < 135 mEq/L

SIADH: con osmolaridad sérica < 280 mOsm/kg, sodio urinario > 20–40 mEq/L y osmolaridad urinaria > 100 mOsm/kg.

> 3.5 L/día

Poliuria de la **diabetes insípida** (o > 40 mL/kg/día), con osmolaridad urinaria < 300 mOsm/kg e hipernatremia.

■ PIE DIABÉTICO

4 de 10 puntos

Insensibilidad al **monofilamento** (9 plantares y 1 dorsal): indica alto riesgo de úlcera.

> 0.4 ng/mL

Procalcitonina sérica como marcador de infección profunda; ante sospecha de osteomielitis, biopsia ósea.

< 2 cm / > 2 cm

Eritema perilesional: infección **leve** (cefalexina 1–2 semanas) frente a **moderada-grave** (ceftriaxona o levofloxacino con clindamicina, 2–4 semanas).

6 semanas

Duración del antibiótico en **osteomielitis** (quinolona con rifampicina y clindamicina).

< 140 mg/dL

Meta de control glucémico durante el tratamiento de la úlcera.

12 semanas

Tiempo medio de curación de la úlcera; la supervivencia a 5 años tras una úlcera es del 50–60 %.

< 37 °C

Temperatura del agua para el aseo del pie; nunca caminar descalzo ni usar calzado sin calceta.

■ PANCREATITIS AGUDA

< 1 / > 1 semana	Fase temprana y tardía . 80 % cursa leve y autolimitada; 20 % evoluciona a moderada o grave.
< 48 / > 48 horas	Falla orgánica transitoria (moderadamente grave) frente a persistente (grave), esta última con mortalidad de 20–40 %.
48–72 horas	Momento de la TAC contrastada para evaluar complicaciones; la necrosis sólo se distingue a las 72–96 h del inicio.
24–48 horas	Ventana de la alimentación temprana , incluso en pancreatitis grave.
90 %	Se debe a litiasis biliar (28–66 %), alcohol (16–41 %), post-CPRE (1–10 %) e hipertrigliceridemia (1–8 %).

□ PANCREATITIS CRÓNICA

70–80 %	El alcoholismo como causa en adultos, seguido del tabaquismo (30 %).
30 % → 60 %	De las pancreatitis agudas recurrentes progresa a crónica, y de las crónicas ese porcentaje se origina así.
60 % de la función	Pérdida de función exocrina necesaria para que la prueba de secretina se vuelva anormal.
12 %	Trombosis de la vena esplénica como complicación; obstrucción biliar o duodenal en 5–10 %.

■ CIRROSIS HEPÁTICA

Child-Pugh A: 5–6	B: 7–9 puntos; C: 10–15. Integra bilirrubina, albúmina, INR, ascitis y encefalopatía.
100 % / 80 % / 45 %	Supervivencia al primer año en Child-Pugh A, B y C; a 2 años, 85 %, 60 % y 35 %.
< 2 / > 3 mg/dL	Bilirrubina que puntúa 1 y 3 en Child-Pugh; albúmina > 3.5 y < 2.8 g/dL; INR < 1.8 y > 2.3.
1–2 g de sodio	Restricción diaria; aporte proteico de 0.8–1.5 g/kg . Restringir líquidos si el sodio es < 125 mEq/L.
40–60 g/día × 20 años	Consumo de alcohol que produce cirrosis. El 20 % de los VHC crónicos también la desarrolla.
75–80 %	Proporción del flujo hepático que aporta la vena porta ; el resto viene de la arteria hepática.

■ VÁRICES ESOFÁGICAS

≥ 10 mmHg	Gradiente de presión venosa hepática asociado a mayor riesgo de sangrado y evolución agresiva.
< 5 / > 5 mm	Várices pequeñas y grandes ; su tamaño y la clase Child-Pugh deciden la profilaxis (betabloqueador no selectivo o ligadura).
12 horas	Plazo para la endoscopia ante sangrado variceal activo.
cada 2–3 años	Tamizaje endoscópico si no hay várices ; cada 2 años si son pequeñas con Child-Pugh A, y anual si hay deterioro o estigmas de sangrado.
40 % → 85 %	Frecuencia de várices en Child-Pugh A y Child-Pugh C . El sangrado variceal tiene 30 % de mortalidad y 57 % de letalidad al año.

□ ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA Y H. PYLORI

> 55 años	Con dispepsia: solicitar endoscopia . Por debajo y sin datos de alarma, prueba de aliento con urea C13.
-----------	--

14 días	Duración de todos los esquemas de erradicación: cuádruple con bismuto , cuádruple concomitante o triple con metronidazol.
< 15 %	Resistencia local a claritromicina que permite usar el esquema que la incluye.
4 semanas / 2 semanas	Espera tras terminar el antibiótico y tras suspender el IBP antes de comprobar la erradicación (antígeno en heces o aliento).
< 24 horas	Endoscopia temprana en la úlcera complicada con sangrado activo no variceal .
2–5 horas	Latencia del dolor en la úlcera duodenal (alivia con alimentos); la gástrica duele 1.5–3 h tras comer.
95 % / 70–80 %	Asociación con H. pylori de la úlcera duodenal y de la gástrica.

■ REFLUJO Y ESÓFAGO DE BARRETT

2–8 semanas	Prueba terapéutica con IBP como primera línea sin confirmar; una vez confirmado, 8–12 semanas.
pHmetría de 24 h	Estándar de oro cuando hay síntomas típicos o atípicos con endoscopia negativa para esofagitis.
> 50 años	Edad de tamizaje de Barrett , o síntomas de reflujo de más de 5 años. Edad media de presentación: 55 años.
cada 2–3 años	Vigilancia endoscópica del esófago de Barrett sin displasia.
> 15 eosinófilos	Por campo de alto poder en biopsia esofágica: esofagitis eosinofílica . Eosinofilia periférica en 25–50 %.

□ SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

1 día por semana	Dolor abdominal recurrente en los últimos 3 meses , con inicio al menos 6 meses antes: criterios de Roma IV.
> 25 % / < 25 %	Proporción de deposiciones duras y blandas que define el subtipo (estreñimiento, diarrea o mixto).
100 mg c/8–12 h	Bromuro de pinaverio ; trimebutina 100–200 mg c/8 h como relajante directo del músculo liso.
550 mg c/8 h	Rifaximina por 10–14 días si persiste la diarrea; neomicina 1 g c/24 h por 10–14 días.
4–6 semanas	Plazo para evaluar respuesta; sin respuesta a los 3 meses o con datos de alarma, referir a segundo nivel.

□ HÍGADO GRASO Y HEPATOPATÍAS

> 5 %	Infiltración grasa de los hepatocitos que define la enfermedad hepática grasa no alcohólica (prevalencia mundial ~45 %).
10 % del peso	Pérdida ponderal como tratamiento inicial, con dieta hipocalórica y 150 min/semana de actividad física.
AST/ALT < 1	Patrón de laboratorio típico, con fosfatasa alcalina 2–3 veces el valor normal. La biopsia es el estándar de oro para la fibrosis.
cada 6 meses	Reevaluación de factores metabólicos, riesgo cardiovascular, ultrasonido y pruebas hepáticas.
< 20 mg/dL	Ceruloplasmina baja en enfermedad de Wilson; se confirma con cobre hepático > 250 µg/g o mutación de <i>ATP7B</i> .
12 meses	Dieta estricta sin gluten sin respuesta: define enfermedad celíaca refractaria . Prevalencia en México de 0.5–0.7 %.

□ ABSCESO HEPÁTICO

500–700 mg	Metronidazol oral por 7–10 días en el absceso amebiano : 95 % cura en 72–96 h.
> 500 mL	Volumen del absceso como factor de mal pronóstico, junto con derrame pleural y Hb < 8 g/dL.

< 1 % → 20 %	Mortalidad del absceso amebiano no complicado y del grave. El piógeno tiene mortalidad del 10 %.
2–5 %	De las amebiasis produce absceso hepático; en México es endémica, sobre todo en Sonora, en hombres de 30 a 50 años.
□ CÁNCERES DIGESTIVOS	
6–8 biopsias	Tomas endoscópicas de las zonas sospechosas en cáncer de esófago . Más del 90 % son adenocarcinoma o epidermoide.
80 %	De los cánceres gástricos se diagnostica en etapas III–IV; adenocarcinoma 95 %. Supervivencia a 5 años de 30–40 % en etapa temprana.
90 % al año	Mortalidad del adenocarcinoma de páncreas ; sólo 20 % sobrevive a 5 años. 80 % se diagnostica en fase avanzada.
> 130 U/mL	CA 19–9 en colangiocarcinoma: sensibilidad 79 %, especificidad 98 %. Más del 90 % debuta con ictericia.
< 3 cm	Nódulo de hepatocarcinoma con función conservada: candidato a resección (Child A sin hipertensión portal).
cada 6–12 meses	Vigilancia con ultrasonido en hepatopatías de riesgo. El hepatocarcinoma se asocia a cirrosis en 80 %.
> 1 000 pg/mL	Gastrina sérica que confirma Zollinger–Ellison (o aumento > 200 ng/L tras secretina); suspender IBP 7 días antes.

■ ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

3 meses	Duración mínima de los criterios para hablar de ERC: TFG < 60 mL/min/1.73 m² y/o marcadores de daño renal.
RAC < 30 mg/g	Relación albúmina/creatinina normal : tamizaje anual. De 30 a 300 mg/g en dos tomas separadas 3 meses confirma ERC.
RAC > 300 mg/g	Indicación de referencia a nefrología , igual que una TFG < 30 mL/min/1.73 m ² .
G1 ≥ 90 · G2 60–89	Estadios por TFG: G3a 45–59, G3b 30–44, G4 15–29 y G5 < 15 mL/min/1.73 m ² .
< 140/90 mmHg	Meta de presión arterial; con microalbuminuria < 130/80 y con proteinuria establecida < 125/75 mmHg.
Hb 10.5–12.5 g/dL	Meta de hemoglobina. Fósforo < 4.5 mg/dL, HbA1c < 7 %, sodio de la dieta < 2 000 mg/día.
TSAT < 30 %	Con ferritina < 500 ng/mL : indicación de hierro intravenoso.
> 7 mEq/L	Hiperkalemia como urgencia dialítica , junto con caída de la TFG > 25 %.
50 % de la dosis	Ajuste de metformina con TFG de 30–45 mL/min/1.73 m ² ; suspender por debajo de 30.

□ LESIÓN RENAL AGUDA

≥ 0.3 mg/dL / 48 h	Criterio KDIGO : ese aumento de creatinina, o 1.5 veces el basal en 7 días, o diuresis < 0.5 mL/kg/h por 6 horas.
6–12 h · ≥ 12 h	Duración de la oliguria en los estadios 1 y 2 ; el estadio 3 requiere anuria > 12 h u oliguria > 24 h.
BUN/Cr > 20	Patrón prerenal , con densidad urinaria > 1.020 y sodio urinario < 20 mEq/L.
Na urinario > 40	mEq/L con densidad < 1.010: patrón intrarrenal (necrosis tubular aguda).
60–70 %	La forma prerenal como causa; intrarrenal 25–40 % y posrenal 5–10 %. Mortalidad en terapia intensiva del 23–25 %.

□ SÍNDROME NEFRÓTICO Y NEFRÍTICO

> 3.5 g/1.73 m²/24 h	Proteinuria nefrótica (en niños, > 40 mg/m ² /h), con albúmina < 2.5 g/dL y colesterol > 200 mg/dL.
1.5–2 g/día	Restricción de sodio para el edema, junto con diuréticos; albúmina al 20–25 % sólo en niños con edema refractario.
< 3.5 g/dL	Proteinuria no nefrótica del síndrome nefrítico, con hipertensión > 130/90 mmHg y creatinina elevada más de 50 %.
6–8 años	Edad promedio de la glomerulonefritis posestreptocócica , causa más frecuente de síndrome nefrítico (rango 2–12 años).
20–50 %	De las nefropatías por IgA (20–30 años, hematuria recurrente) progresa a enfermedad renal terminal.
< 50 % en 3 meses	Caída del filtrado que define la glomerulonefritis rápidamente progresiva ; la biopsia muestra semilunas. Remisión en 75 % con tratamiento agresivo.

■ NEFROPATÍA DIABÉTICA Y LÚPICA

20–30 %	De las personas con diabetes desarrolla nefropatía; es la causa más común de síndrome nefrótico en adultos .
----------------	---

30–300 mg/g	Microalbuminuria ; > 300 mg/g es macroalbuminuria. Si el tamiz es positivo, repetir en 3–6 meses y confirmar con orina de 24 h.
66 %	De los pacientes con lupus tiene compromiso renal en algún momento; 16 % al diagnóstico y hasta 60 % en los primeros 5 años.
< ¾ del tamaño	Riñones pequeños y atróficos: contraindicación relativa de biopsia renal .
□ SODIO	
< 135 mEq/L	Hiponatremia , el trastorno electrolítico más frecuente (22 % de los hospitalizados). Leve 130–135, moderada 125–130, grave < 125.
< 48 / > 48 horas	Hiponatremia aguda (puede dar convulsiones y herniación) frente a crónica , de síntomas más leves.
8–10 mEq/24 h	Corrección máxima del sodio (< 18 mEq en 48 h) para evitar la desmielinización osmótica .
< 20 / > 20 mEq/L	Natriuresis que separa las pérdidas extrarrenales de las renales; < 10 mEq/L sugiere retención de agua (IC, cirrosis, nefrosis).
> 145 mEq/L	Hipernatremia : leve 146–150, moderada 151–159, severa ≥ 160. Corrección máxima de 10 mEq/L al día; mortalidad del 40–60 %.
□ POTASIO Y CALCIO	
> 5.5 mEq/L	Hiperkalemia : aparece en 10 % de los hospitalizados y es grave en 1 %.
< 3.5 mEq/L	Hipokalemia ; se asocia a mayor mortalidad intrahospitalaria. Grave por debajo de 2.5 mEq/L.
> 10.5 mg/dL	Hipercalcemia : leve 10.5–11.9, moderada 12–13.9, crisis hipercalcémica 14–16 mg/dL.
< 8.8 mg/dL	Hipocalcemia total (o ionizado bajo). El signo de Trousseau se busca inflando el manguito por 3 minutos.
□ EQUILIBRIO ÁCIDO-BASE Y ATR	
pH < 7.35	Acidemia ; con HCO_3^- < 22 mEq/L es metabólica y con PaCO_2 > 45 mmHg, respiratoria. pH > 7.45 es alcalemia.
pH < 7.1	Acidosis grave: considerar bicarbonato ; con falla renal o refractariedad, terapia de reemplazo renal.
pH urinario > 5.5	ATR tipo 1 (distal): el riñón no acidifica pese a acidosis. En la tipo 2 (proximal) el pH urinario baja de 5.5 una vez agotado el bicarbonato.
HCO_3^- 12–18 mEq/L	Rango típico de la ATR proximal (tipo 2); la tipo 4 cursa con hiperkalemia y bicarbonato cercano a 20.
□ DIÁLISIS Y NEFROPATÍAS HEREDITARIAS	
> 100 leucos/μL	Con más de 50 % de polimorfonucleares: define peritonitis asociada a diálisis peritoneal. 60–80 % es por grampositivos.
4 semanas	Recaída dentro de ese plazo por el mismo germen es recidivante ; después, se considera recurrente.
2 quistes	En uno o ambos riñones, de los 15 a 29 años, diagnostica riñón poliquístico en persona en riesgo; 2 en cada riñón de 30 a 59 años y 4 en cada uno a partir de 60.
50 %	De los pacientes con poliquistosis autosómica dominante requerirá diálisis ; el tratamiento definitivo es el trasplante.
< 10 %	Frecuencia de la tríada clásica de la rabdomiólisis (debilidad, mialgias y orina oscura).
< 3 %	Actividad de alfa-galactosidasa A que confirma enfermedad de Fabry en hombres; en mujeres suele ser normal y se requiere secuenciar <i>GLA</i> .

■ ANEMIA FERROPÉNICA

< 13 / < 12 g/dL	Hemoglobina que define anemia en hombres y mujeres (no aplica a niños ni embarazadas).
< 12 µg/L	Ferritina diagnóstica en premenopáusicas; el estándar de oro sigue siendo el aspirado de médula ósea.
180 mg/día	Sulfato ferroso en 3 dosis, de elección. Se mantiene un tiempo igual al que tomó normalizar la hemoglobina.
1-2 g/dL	Ascenso esperado de hemoglobina a las 3-4 semanas de tratamiento; control con biometría a los 30 días.
< 7 g/dL	Umbral de transfusión (acompañado de datos clínicos). 50 % de todas las anemias son ferropénicas.
< 80 / > 100 fL	VCM que define anemia microcítica y macrocítica . Reticulocitos normales: 0.5-2 %.

□ ANEMIAS MEGALOBLÁSTICAS

< 200 pg/mL	Vitamina B12 sérica que confirma deficiencia; en anemia perniciosa suele ser < 100 pg/mL.
< 6 ng/mL	Folato sérico bajo. El folato se agota en 3-4 meses; las reservas de B12 duran de 3 a 6 años.
1 mg IM/día × 7 d	B12 en anemia perniciosa; luego semanal por un mes y mensual de por vida. Oral: 1-2 mg diarios.
5-10 mg/día	Ácido fólico oral. La corrección hematológica se logra en 1-2 meses.
VCM > 100 fL	Con neutrófilos hipersegmentados y DHL elevada (eritropoyesis ineficaz).

□ HEMOGLOBINOPATÍAS

HbA 97 %	Distribución normal: HbA2 1-3 % y HbF < 1 %.
1 · 2 · 3 · 4 deleciones	Alfa-talasemia : portador silencioso, rasgo, enfermedad de HbH (anemia hemolítica crónica) y forma letal.
6-8 meses	Edad de manifestación de la beta-talasemia mayor (anemia de Cooley), con cráneo en cepillo y hepatoesplenomegalia.
VCM < 70 fL	Microcitosis marcada con anemia: orienta a talasemia. La electroforesis de hemoglobina confirma.
> 3 crisis/año	Indicación de hidroxiurea en drepanocitosis , junto con antecedente de secuestro esplénico o segundo síndrome torácico agudo.
0.1-0.15 mg/kg	Morfina cada 3-4 h en crisis vasooclusiva dolorosa; ketorolaco 30-60 mg inicial y luego 15-30 mg c/6-8 h.
< 2 años	Edad en que la drepanocitosis debuta con dactilitis (síndrome mano-pie); después, crisis vasooclusivas y priapismo.

□ ANEMIAS HEMOLÍTICAS Y DE MEMBRANA

CHCM ≥ 36 g/dL	Sospecha de esferocitosis hereditaria ; confirma la fragilidad osmótica incubada a 37 °C por 24 h. Herencia AD en 75 %.
2.5 / 5 mg/día	Ácido fólico en menores de 5 años y mayores de 6 con esferocitosis moderada o grave; no se indica en casos leves.
> 6 años	Edad mínima para esplenectomía en esferocitosis moderada.

< 7 g/dL	Transfundir en déficit de G6PD (o < 9 g/dL con hemólisis persistente). Tamiz metabólico entre los 3 y 5 días de vida.
< 37 °C	Temperatura de aglutinación de los anticuerpos fríos ; hemolizan al calentarse por encima de 37 °C.
■ LEUCEMIAS AGUDAS	
> 20 % de blastos	En aspirado de médula ósea: estándar de oro para leucemia aguda , linfoblástica o mieloide.
< 5 % de blastos	Define remisión completa . La logra 98 % de los niños y 80 % de los adultos con la inducción.
2–3 años	Pico de incidencia de la LLA , que es el 80 % de las leucemias infantiles y el 20 % de las del adulto.
4 + 4 sem + 2 años	Inducción, consolidación y mantenimiento (mercaptopurina diaria y metotrexato semanal).
< 1 y > 10 años	Edades de mal pronóstico en LLA; el cromosoma Filadelfia t(9;22) aparece en 25–40 % de los adultos.
> 38.3 °C	O > 38 °C por más de una hora con neutrófilos < 500/mm³ : neutropenia febril, una urgencia oncológica.
15 días	Sin respuesta al tratamiento de la enfermedad aparente: referir. En adultos, referir a mayores de 60 años o frágiles.
□ LEUCEMIAS CRÓNICAS	
t(9;22)	Cromosoma Filadelfia presente en > 90 % de la LMC clásica ; se confirma el gen BCR/ABL1 por FISH o PCR.
> 150 000/μL	Leucocitosis mieloide inicial en LMC. Mediana de edad al diagnóstico: 55–65 años.
10–20 % / > 20 %	Blastos en fase acelerada y en crisis blástica (peor pronóstico que una leucemia aguda de novo).
> 5 000/μL	Linfocitosis por más de 3 meses: inicio del abordaje de la LLC; la médula muestra > 30 % de linfocitos. Mediana de edad, 71 años.
■ LINFOMAS Y MIELOMA	
> 3 semanas	Adenomegalia sin causa infecciosa aparente: sospechar linfoma de Hodgkin.
15–35 años	Primer pico del linfoma de Hodgkin (patrón bimodal). La esclerosis nodular es el 70 % y tiene mejor pronóstico.
5–15 / 40–60 años	Picos del linfoma no Hodgkin , 4 veces más frecuente que el de Hodgkin; 70–90 % son de linfocitos B.
> 10 % plasmocitos	En médula ósea (o plasmocitoma): criterio de mieloma múltiple .
CRAB	Calcio > 11.5 mg/dL · insuficiencia Renal (creatinina > 2 mg/dL) · Anemia < 10 g/dL · lesiones óseas.
IgG > 30 g/L	Pico monoclonal en suero (o IgA > 25 g/L), o cadenas ligeras > 1 g/24 h en orina (proteína de Bence-Jones).
< 70 años	Candidato a trasplante autólogo tras inducción con dexametasona, lenalidomida y bortezomib.
□ TROMBOCITOPENIAS Y MICROANGIOPATÍAS	
< 100 000/μL	Plaquetas que definen trombocitopenia inmune : de reciente diagnóstico hasta 3 meses, persistente de 3 a 12 y crónica después de 12 meses.
< 30 000/μL	Umbral de tratamiento en adultos (esteroides o inmunoglobulina); por encima, sólo vigilancia salvo cirugía o parto.
ADAMTS13 < 10 %	Confirma púrpura trombótica trombocitopénica inmune, junto con anticuerpos anti-ADAMTS13.
35 %	Frecuencia de la péntada clásica de la PTT: trombocitopenia, anemia microangiopática, alteración neurológica, falla renal y fiebre.

< 5 años	Edad de mayor frecuencia del síndrome urémico hemolítico ; el típico (postdiarreico) es el 90 % de los casos.
< 140 000/mm³	Plaquetas en SUH (a menudo < 40 000), con Coombs negativo y esquistocitos en el frotis. Transfundir si Hb < 6 g/dL.
1 % / 30–50 %	CID en hospitalizados y en sepsis ; trauma grave 20 %, HELLP 20 %, embolia de líquido amniótico 66 %.

□ URGENCIAS ONCOHEMATOLÓGICAS

DHL > 1 500 UI	Junto con masa tumoral grande y alta quimiosensibilidad: riesgo de síndrome de lisis tumoral .
3 días antes / 7 después	Ventana en que deben aparecer ≥ 2 alteraciones metabólicas para el diagnóstico de lisis tumoral.
Ácido úrico > 8	mg/dL, fósforo > 6.5 , potasio > 6 mEq/L y calcio < 7 mg/dL (o cambios > 25 % del basal).
2–3 L/m²/24 h	Hidratación intravenosa; furosemida 20–200 mg IV c/6 h si hay sobrecarga.
0.1–0.2 mg/kg	Rasburicasa IV; contraindicada en deficiencia de G6PD.
RAN < 500/μL	Neutropenia grave necesaria para la tiflitis , típicamente 2–3 semanas después de la quimioterapia.

□ COAGULOPATÍAS Y APLASIA

80 % / 20 %	Hemofilia A (factor VIII) frente a hemofilia B (factor IX), cuatro veces menos frecuente.
0.3 μg/kg IV	Desmopresina en enfermedad de von Willebrand, repetible cada 8–12 h según la severidad del sangrado.
> 10 minutos	Sangrado tras un corte menor, menorragia o hemorragia posparto: sospecha de enfermedad de von Willebrand.
< 50 años	Edad en que el trasplante alogénico cura hasta 80 % de las aplasias medulares; supervivencia > 75 % a 5 años.
Hto < 45 %	Meta de la flebotomía en policitemia vera; AAS 40–100 mg/día si persisten síntomas microvasculares.
Hb > 16.5 / > 16	g/dL en hombres y mujeres (Hto > 49 % y > 48 %): sospecha de policitemia vera; 95 % tiene mutación de <i>JAK2</i> .

■ ARTRITIS REUMATOIDE

> 6 semanas	Duración de la sinovitis (típicamente en carpos) necesaria para clasificar; se busca captarla antes de los 12 meses.
≥ 6 puntos	Criterios ACR/EULAR 2010 para clasificación definitiva : número de articulaciones, serología, reactantes y duración.
> 3 veces	Título alto de factor reumatoide o anti-CCP: es lo que más puntúa en la clasificación. > 10 articulaciones pequeñas también.
20 · 70 · 10 %	Curso monocíclico (autolimitado), policíclico (brotes y remisiones) y progresivo (destrucción continua).
0.2-2 % · 3:1	Prevalencia mundial y predominio femenino; inicia a los 40 ± 10 años.

■ LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

> 500 mg/24 h	Proteinuria que cumple el criterio renal (o relación proteína/creatinina equivalente).
ANA S 93 %	El anticuerpo más sensible (especificidad 56 %): sirve para tamizar, no para confirmar.
Anti-Sm E 97 %	El más específico . El anti-dsDNA (E 95 %) se asocia a nefritis lúpica y a la actividad.
< 18 % de SCT	Afectación cutánea diseminada leve: corticoide tópico más prednisona. Por encima, o con nefritis, inducción con metilprednisolona y ciclofosfamida.
4-8 semanas	Latencia del efecto de la hidroxicloroquina ; examen oftalmológico a los 2 años de iniciarla.
> 60 % a 5 años	Desarrollará nefritis lúpica . Supervivencia a 15 años del 76-85 %; relación mujer:hombre de 15:1.

□ GOTA

> 6.8 mg/dL	Hiperuricemia : por encima se pierde solubilidad y precipitan cristales de urato. Es también la meta terapéutica.
24-48 horas	Pico del dolor en el ataque agudo monoarticular; se resuelve en 3 a 10 días .
0.5 mg c/4 h	Colchicina , máximo 6 mg/día, junto con AINE oral como primera línea del ataque.
100 → 900 mg/día	Alopurinol de mantenimiento, iniciado 1-2 semanas después del ataque y titulado de forma progresiva.
3 L/día	Ingesta de líquidos durante el ataque para reducir la precipitación.

■ OSTEOPOROSIS

T-score ≤ -2.5	Desviaciones estándar que definen osteoporosis por densitometría; entre -1 y -2.5 es osteopenia.
65 años	Edad de densitometría en todas las mujeres; desde los 50 si hay fractura por fragilidad.
≥ 5 mg/día × 3 meses	Prednisona que ya constituye factor de riesgo e indica evaluación.
FRAX ≥ 20 %	Riesgo de fractura mayor a 10 años que indica tratamiento; en México se usa la adaptación HERF .
1 000-1 200 mg	Calcio diario, con proteína de 0.8-1 g/kg/día y 25-OH-vitamina D > 20 ng/mL.
30 minutos	Tiempo que debe permanecer sentado o de pie tras tomar el bifosfonato , siempre en ayuno.

> 3 años	Uso de bifosfonatos que obliga a referir a endocrinología. Control densitométrico cada 1–2 años con el mismo equipo.
5 cm de altura	Pérdida que sugiere fractura vertebral por compresión . Causa 90 % de las fracturas de cadera y columna.
□ ESPONDILOARTROPATÍAS	
> 3 meses	Duración del dolor lumbar inflamatorio : mejora con el ejercicio y no con el reposo.
Schober < 15 cm	Prueba positiva (movilidad lumbar reducida) en espondilitis anquilosante , que inicia entre los 25 y 30 años, 3:1 en hombres.
10 años	Tiempo tras el cual aparece la columna en caña de bambú .
2–4 semanas	Revaloración tras iniciar AINE (indometacina); añadir sulfasalazina si no hay respuesta en 3 meses o hay manifestaciones periféricas.
~30 %	De los pacientes con psoriasis desarrolla artritis psoriásica, habitualmente entre los 30 y 50 años.
< 5 articulaciones	Patrón oligoarticular asimétrico, el más característico de la artritis psoriásica.
□ VASCULITIS DE GRANDES VASOS	
VSG > 50 mm/h	Criterio de arteritis de células gigantes , junto con edad > 50 años, cefalea de reciente aparición y anomalías de la temporal (≥ 3 criterios).
40–60 mg/día	Prednisona por un mes y luego descenso; con síntomas oculares, metilprednisolona 1 g/día × 3 días .
40–50 %	De las polimialgias reumáticas se asocia a arteritis de células gigantes; el riesgo de aneurisma torácico se multiplica por ~18.
< 40 años	Edad de la arteritis de Takayasu , con predominio femenino 8:1; una diferencia de PAS entre brazos ≥ 10 mmHg es criterio.
□ VASCULITIS ANCA Y OTRAS	
Cr > 5.6 mg/dL	(> 500 $\mu\text{mol/L}$) Separa la enfermedad generalizada de la grave en granulomatosis con poliangeítis.
3–6 meses	Inducción con ciclofosfamida y prednisona 1 mg/kg/día; mantenimiento 1–2 años con azatioprina o metotrexato.
5 años	Duración de la inmunosupresión si persisten ANCA positivos .
> 1 000/ μL	Eosinofilia con IgE elevada y p-ANCA positivos (40 %): granulomatosis eosinofílica con poliangeítis. La afectación cardíaca causa hasta 50 % de las muertes.
6–12 semanas	Inducción con prednisona $\pm$ ciclofosfamida; mantenimiento de 12–18 meses con azatioprina o micofenolato.
VHB en 30 %	Asociación de la poliarteritis nodosa ; afecta articulaciones y músculos 65 %, nervio periférico 63 %, riñón 48 %.
□ PÚRPURA DE HENOCCH-SCHÖNLEIN	
4–7 años	Edad típica; 90 % ocurre en niños y es la vasculitis más común de la infancia.
100 % · 70 % · 50 %	Púrpura palpable sin trombocitopenia, dolor abdominal y manifestaciones renales.
> 3 g/24 h	Proteinuria en la nefropatía asociada; se vigila con EGO, creatinina y albúmina en orina de 24 h.
2–4 semanas	Duración del cuadro, autolimitado; recaída en 33–60 % . Prednisona 1 mg/kg/día para los síntomas.

□ SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

12 semanas	Intervalo mínimo entre las dos determinaciones positivas de anticardiolipina, anticoagulante lúpico o anti-β2-glicoproteína I.
≥ 10 SDG	Muerte fetal inexplicable a partir de esa edad gestacional, o 3 abortos consecutivos antes de las 10 SDG.
≤ 34 SDG	Prematurez por eclampsia, preeclampsia o insuficiencia placentaria grave como criterio obstétrico.
75–100 mg/día	Aspirina en embarazadas o asintomáticos; con trombosis, heparina seguida de warfarina.
40 %	Asociación del SAF secundario con lupus. Livedo reticularis 32 %, TVP 31 %, trombocitopenia 27 %.

□ ESCLEROSIS SISTÉMICA Y SJÖGREN

> 95 %	Frecuencia del fenómeno de Raynaud en esclerosis sistémica, con la secuencia blanco-azul-rojo.
60 % / 30 %	Forma cutánea limitada (antes CREST, sólo extremidades y cara) y difusa .
> 25 mmHg	Presión pulmonar media en reposo que define hipertensión pulmonar , la complicación más grave.
Schirmer < 5 mm	En 5 minutos: criterio ocular de Sjögren . Sialografía < 1.5 mL en 15 min. Xerostomía y xeroftalmía en 95 %.
> 3 meses	Duración de los síntomas secos diarios para cumplir criterios. Pilocarpina 5 mg c/6 h para la xerostomía.

□ FIBROMIALGIA Y ARTRITIS SÉPTICA

11 de 18 puntos	Puntos dolorosos a la palpación, con dolor generalizado en 4 cuadrantes por 3 meses : criterios ACR de fibromialgia.
50 % / 25 %	Artritis séptica en menores de 5 años y en menores de 2 años. <i>S. aureus</i> es el agente más frecuente a toda edad.
40 · 20 · 14 %	Articulaciones afectadas: rodilla, cadera y tobillo ; más de una articulación en > 20 %.
3 episodios / 12 meses	Aftas orales recurrentes: criterio central del síndrome de Behçet , propio de adultos jóvenes de 20 a 40 años.

■ VIH

CD4 < 200/mm³	O CD4 < 14 %, o una enfermedad definitoria: define sida . Estadio 1: > 500; estadio 2: 200–499.
2–4 semanas	Aparición de la primoinfección , sintomática en 30–50 % de los casos.
> 99.5 %	Sensibilidad del ELISA de cuarta generación (anticuerpos + antígeno p24), la prueba de tamizaje.
< 20–50 copias/mL	Meta de carga viral indetectable ; se mide a las 4 semanas de iniciar el tratamiento y luego cada 3–6 meses.
cada 6–12 meses	Seguimiento cuando los CD4 se mantienen por encima de 500/μL.
0.3 %	Riesgo de infección por punción ocupacional con jeringa contaminada.
22.6 % → < 1 %	Transmisión vertical sin tratamiento y con tratamiento evitando la lactancia.
PPD ≥ 5 mm	Indicación de profilaxis con isoniacida 300 mg más piridoxina por 9 meses .
CD4 < 100/mm³	Con IgG anti-Toxoplasma positiva: profilaxis con TMP-SMX 800/160 mg al día ; se suspende con CD4 > 200 por 3 meses.

■ SÍFILIS

3 semanas	Incubación promedio (rango 3–90 días). Riesgo de transmisión sexual ~30 %; materno-fetal 60–80 % .
< 1 año / > 1 año	Sífilis latente temprana y tardía : define la duración del tratamiento.
2.4 MUI IM	Penicilina benzatínica : dosis única en sífilis temprana; semanal por 3 dosis en latente tardía, cardiovascular y gomosa.
100 mg c/12 h	Doxiciclina 14–28 días si hay alergia a penicilina (nunca en embarazo ni neurosífilis).
4 títulos / 6 meses	Falta de descenso de 4 veces el título del VDRL a los 6 meses: fracaso terapéutico, referir a segundo nivel.
E 100 % · S 98 %	Especificidad y sensibilidad de las pruebas treponémicas (FTA-Abs).

■ OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

500 mg IM + 1 g VO	Ceftriaxona más azitromicina en gonorrea anogenital, dosis única, por la coinfección con Chlamydia (41 %).
2–7 días	Incubación de la gonorrea; 95 % de los hombres es sintomático, mientras que hasta 50 % de las infecciones endocervicales no lo es.
1 g DU	Azitromicina de primera línea en chancroide (incubación 3–7 días; adenopatía dolorosa en 50 %). Revalorar a los 3–7 días.
100 mg c/12 h × 21 d	Doxiciclina en linfogranuloma venéreo ; el bubón aparece 2–6 semanas después de la lesión inicial.
1 g semanal × 3	Azitromicina en granuloma inguinal (donovanosis).
200 mg 5×/día	Aciclovir por 5 días en herpes genital (o 400 mg 3 veces al día). VHS-2 causa 80 % de los casos genitales.
85 %	Riesgo de transmisión durante el parto con lesión herpética activa: indicación de cesárea .
16 semanas	Imiquimod 5 % tres veces por semana en verrugas por VPH; eliminación de lesiones del 30–80 %.

1 dosis a los 11 años

Vacuna VPH en niñas y niños; 3 dosis de los 11 a 49 años si viven con VIH.

□ **DENGUE Y ARBOVIROSIS**

5–7 días

Incubación del **dengue** (rango 3–14). Zika: 3–12 días; chikungunya: 3–7 días.

2–7 días

Duración de la **fase febril**; la **fase crítica** dura 24–48 h y la de recuperación, 72 h.

> 20 petequias

En 2.5 cm tras 15 minutos de presión: **prueba de torniquete** positiva.

> 2 cm

Hepatomegalia como signo de alarma; AST > 1 000 indica daño hepático grave.

5 mL/kg/h

Cristaloide inicial en dengue con signos de alarma, bajando a 4 y luego a **3 mL/kg/h** según la respuesta.

10 mg/kg c/6 h

Paracetamol en niños (500 mg c/6 h en adultos, máximo 4 g/día). Nunca AINE en fase aguda.

72 h / 24 h

Plazo de **notificación** del dengue no grave y del dengue con signos de alarma o grave.

10–20 % → 1 %

Mortalidad del dengue grave sin y con atención adecuada.

28 SDG

Inicio del ultrasonido **mensual** en embarazada con Zika confirmado. El Guillain-Barré aparece hasta 21 días después.

□ **HEPATITIS VIRALES**

28 días

Incubación promedio de la **hepatitis A**. Sintomática en 75 % de los adultos y asintomática en 90 % de los menores de 2 años.

> 1 000 U/L

Aminotransferasas en hepatitis A, con IgM anti-VHA detectable desde los primeros 15 días.

> 6 meses

Persistencia del **HBsAg** que define hepatitis B crónica; se suma DNA viral elevado, ALT alta y necroinflamación.

23–62 %

Riesgo de infección por **VHB** tras accidente punzocortante: indica profilaxis posexposición.

55–85 %

Cronificación de la **hepatitis C**; 5–25 % progresa a cirrosis en 20–25 años, con riesgo anual de hepatocarcinoma de 1–2 %.

12–24 / 48 semanas

Duración clásica del tratamiento en genotipos **2 y 3** frente a **1 y 4**.

1–4 meses

Incubación de la **hepatitis D**, que requiere al VHB; coinfección o superinfección en 80 %, con letalidad del 2–20 %.

□ **INFECCIÓN URINARIA EN EL ADULTO**

160/800 mg c/12 h

TMP-SMX por 3 días: primera línea en cistitis no complicada.

100 mg c/12 h × 7 d

Nitrofurantoína como segunda línea; **fosfomicina 3 g dosis única** ante resistencia.

500 mg c/12 h × 14 d

Ciprofloxacino en pielonefritis.

3 en 12 meses

O **2 en 6 meses**: define infección urinaria **recurrente**.

25 % → 90 %

Probabilidad de infección urinaria con **sólo disuria** frente a **dos o más síntomas**.

3–10 % por día

Incremento de la bacteriuria en el paciente **sondado**; retirar o cambiar el catéter.

■ **PARASITOSIS**

750 mg × 3/día

Metronidazol por 5 días en amebiasis intestinal, seguido de un amebicida luminal. En giardiasis, 750 mg/día en adultos.

> 14 días

Diarrea crónica con esteatorrea y distensión: sospechar **giardiasis**. Filtrar agua a < 1 µm o hervirla al menos 1 minuto.

400 mg DU	Albendazol en anquilostomiasis (mebendazol 500 mg dosis única).
200 µg/kg × 2 días	Ivermectina en estrongiloidiasis; 5–7 días si es diseminada, repitiendo a las 2 semanas en inmunosuprimidos.
65 °C / –20 °C	Cocción o congelación por 72 horas para inactivar el cisticerco en la carne.
25 mg base/kg	Dosis total de cloroquina en paludismo, con primaquina para hipnozoítos. Profilaxis: 2 semanas antes, durante y 2 después.
> 100 mg/kg	Acumulación de cloroquina que produce la maculopatía en ojo de buey .
< 40 mg/dL	Hipoglucemia en paludismo grave , sobre todo en niños y embarazadas; el grave predomina en menores de 5 años.
■ ENFERMEDAD DE CHAGAS	
5–10 mg/kg/día	Benznidazol en 2 tomas por 30–60 días; nifurtimox 8–10 mg/kg/día en 3 tomas por 60 días.
7 días	Plazo de notificación del caso agudo con parasitología positiva o crónico con dos serologías.
7, 15, 30 y 60 días	Control clínico y entrega de medicación; la eficacia se evalúa al completar 60 días.
27 % / 6 %	Desarrolla miocardiopatía chagásica y megaesófago o megacolon . La muerte súbita causa 55 % de las muertes.
> 70 años	Edad con comorbilidad limitante en que el tratamiento está contraindicado, igual que en el embarazo.
□ ZOONOSIS Y RICKETTSIOSIS	
15 minutos	Lavado con agua a chorro y jabón de la herida por mordedura con riesgo de rabia; 5 minutos con fisiológica si es mucosa.
1 semana – 1 año	Incubación de la rabia ; la fase neurológica dura 2–7 días y el coma de 1 a 14 días. El perro elimina virus 3–10 días antes de los síntomas.
2.2 mg/kg c/12 h	Doxiciclina en fiebre manchada de las Montañas Rocosas en < 45 kg por 15 días; adultos y embarazadas 100 mg c/12 h por 5–10 días.
40 %	Mortalidad de la fiebre manchada si no recibe tratamiento eficaz en 5 días . Incubación de 4 a 7 días.
6 semanas	Doxiciclina más rifampicina en brucelosis; en niños < 8 años, embarazadas y ancianos, rifampicina con TMP-SMX por 21 días.
< 8 años	Edad en la que no se usa doxiciclina en enfermedad de Lyme (amoxicilina); el eritema migratorio aparece en 60–80 %.
250 UI (0.5 mL)	Inmunoglobulina antitetánica intramuscular. Refuerzo de toxoide cada 10 años.
□ MICOSIS Y OTRAS	
2 semanas	Inducción con anfotericina B más flucitosina en criptococosis, hasta mejoría y cultivo de LCR negativo; consolidación de 8–10 semanas.
2–10 semanas	Ventana para iniciar el antirretroviral tras comenzar el antifúngico, por riesgo de síndrome inflamatorio de reconstitución.
12 mg/kg/día	Fluconazol en coccidioidomicosis (itraconazol 10 mg/kg/día); anfotericina B en formas graves.
CD4 < 150/µL	Riesgo de histoplasmosis diseminada en VIH.
200 mg/día	Itraconazol en esporotricosis por 2–4 semanas; la esporotricina intradérmica es positiva con induración ≥ 5 mm a las 24–48 h.
> 39 °C por > 3 días	Fiebre principal de la fiebre tifoidea (incubación 6–14 días); el mielocultivo es el estándar de oro (S 80–95 %, E 100 %).

6-12 %

Perforación o sangrado intestinal como complicación de la tifoidea. Azitromicina 500 mg/día por 7 días en brotes o resistencia.

2-5 días

Incubación de la **difteria**, que se notifica en < 24 h; 1 de cada 10 pacientes muere y la vacuna es casi 100 % eficaz.

□ HERPES ZÓSTER**72 horas**

Ventana para iniciar antivirales: **aciclovir 800 mg 5 veces al día por 7 días**, valaciclovir 1 g c/8 h o famciclovir 500 mg.

30-75 %

Riesgo de herpes zóster después de los 45 años con antecedente de varicela; la vacuna OKA reduce la incidencia 51 %.

≥ 50 %

De los adultos mayores desarrolla **neuralgia posherpética**.

8-21 días

Periodo de vigilancia y posible retiro laboral del personal sanitario no vacunado expuesto.

■ EVC ISQUÉMICO: TIEMPOS Y TROMBÓLISIS

< 4.5 horas	Ventana de alteplasa desde el inicio de los síntomas, con criterios propios para < 3 h y para 3–4.5 h.
0.9 mg/kg	Dosis de rt-PA , máximo 90 mg; debe administrarse en < 60 minutos desde el arribo (hora dorada).
< 185/105 mmHg	Presión requerida para trombolizar y que debe mantenerse 24 horas ; si no se controla, no se tromboliza.
10–20 mg IV	Labetalol en 1–2 min para bajar la presión, o nicardipino de 5 a 25 mg/h.
< 6 horas	Ventana de trombectomía mecánica , con Rankin 0–2, NIHSS ≥ 6, ASPECTS ≥ 6 y oclusión de carótida interna o cerebral media.
25 / 45 minutos	Plazo para realizar e interpretar la TAC simple de cráneo.
24 horas	Momento de la TAC o RM de control tras la fibrinólisis, antes de iniciar antiagregantes o anticoagulantes.

■ EVC ISQUÉMICO: CRITERIOS Y MANEJO

INR > 1.7	O TP > 15 s: exclusión para rt-PA, igual que heparina en 48 h con TTPa elevado.
< 50 mg/dL	Glucosa que contraindica trombólisis (hay que descartar hipoglucemia antes de aplicar la NIHSS).
> 1/3 del hemisferio	Hipodensidad en TAC: contraindicación. En la ventana de 3–4.5 h se exige además < 80 años y ASPECTS ≥ 7.
3 meses	TCE significativo o ictus previo dentro de ese plazo: contraindicación. También punción arterial no compresible en 7 días.
300 mg	Carga de AAS tras descartar hemorragia, con estatina. Control de presión a < 140/90 mmHg.
140–180 mg/dL	Meta de glucosa sérica ; oxígeno sólo si SatO ₂ < 94 %.
24–72 horas	Movilización temprana : mejora la recuperación funcional.
< 24 horas	Duración del déficit en la isquemia cerebral transitoria , sin infarto en imagen; se estratifica con ABCD ₂ .
70–80 % / 10–20 %	Proporción de EVC isquémico y hemorrágico . El lacunar afecta arterias penetrantes (< 2 cm).

■ HEMORRAGIA INTRACEREBRAL Y SUBARACNOIDEA

> 3 cm	Hematoma cerebeloso con indicación de evacuación quirúrgica.
85 % / 60 %	La HIC primaria entre los EVC hemorrágicos, y la hipertensión como su causa.
60 mg c/4 h	Nimodipino oral para prevenir el vasoespasmo en la hemorragia subaracnoidea, su principal causa de secuelas.
> 7 mm	Aneurisma con mayor riesgo de ruptura , sobre todo en tronco basilar y comunicante posterior.
< 5 mm	Aneurisma que sólo se vigila con angio-TAC semestral ; a partir de 5 mm se trata.
1–6 %	Prevalencia de aneurismas cerebrales; 12 % fallece antes de recibir atención. Se gradúan con Hunt-Hess y Fisher.

■ EPILEPSIA

2 crisis / > 24 h

No provocadas y separadas por más de un día: define **epilepsia**. También basta una crisis con riesgo de recurrencia $\geq 60\%$ a 10 años.

5 minutos

Crisis que dura más de eso, o que se repite sin recuperación: **estado epiléptico**.

10 años sin crisis

Y **5 años sin fármaco**: se considera resuelta la epilepsia.

2 años libre de crisis

Momento en que se puede plantear el **retiro** del antiepiléptico si el riesgo de recurrencia es bajo.

29–55 % → 90 %

Sensibilidad del **EEG** inicial y con registros repetidos; se solicita en toda primera crisis, pero no aisladamente.

< 20 segundos

Duración de las **crisis de ausencia**: sin aura ni estado posictal. Etosuximida 5–10 mg/kg/día es la primera línea.

< 2.5 Hz

Punta-onda lenta generalizada del **síndrome de Lennox-Gastaut** (menores de 8 años).

12–18 años

Epilepsia mioclónica juvenil: mioclonías al despertar (90 %), con el alcohol y la privación de sueño; cognición preservada.

□ CEFALÉAS

4–72 horas

Duración del ataque de **migraña**: unilateral, pulsátil, que empeora con la actividad y cursa con náusea o fotofobia.

< 1 hora

Duración del **aura** (visual, sensitiva o del lenguaje) y su reversibilidad. Un aura de < 5 min o > 1 h es signo de alarma.

 ≥ 15 días/mes

Por más de 3 meses: define **migraña crónica** (o cefalea tensional crónica).

1 g + 10 mg

Paracetamol con **metoclopramida** en el ataque agudo; zolmitriptán 2.5–5 mg como abortivo.

40 mg/día

Propranolol como profilaxis de migraña (topiramato desde 25 mg/día); amitriptilina 10–12.5 mg nocturna en la tensional.

15–180 minutos

Duración de la **cefalea en racimos**: sumatriptán 6 mg SC y oxígeno al 100 % a 7–15 L/min.

> 50 años

Inicio reciente o cambio de patrón a esa edad: **bandera roja** que obliga a estudiar.

200–1 200 mg/día

Carbamazepina en neuralgia del trigémino; oxcarbazepina 600–1 800 mg/día.

□ SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

7–14 días

Latencia tras el estímulo inmune; 66 % se asocia a infección previa (*Campylobacter jejuni* 20–50 %).

2 g/kg

Inmunoglobulina IV como primera elección, idealmente en los primeros 5 días (hasta 4 semanas después).

4 semanas

Progresión máxima de los síntomas (lo habitual son 2 semanas).

25 % → 90 %

Disociación albúmino-citológica en LCR a la semana y a las 2 semanas; es normal en las primeras 48 h.

20 % / 4–8 %

Requiere **ventilación asistida** y mortalidad con tratamiento oportuno; la disfunción respiratoria aparece en 30–51 %.

□ MENINGITIS AGUDA

> 5 meses – 50 años

Rango en que el empírico es **ceftriaxona** sola; fuera de él (< 5 meses y > 50 años), se añade **ampicilina** por *Listeria*.

80 %

S. pneumoniae y *N. meningitidis* como agentes aislados. Letalidad del 5–20 % y secuelas en 20–40 %.

7 días

Ventana de contactos que requieren **quimioprofilaxis**; rifampicina 600 mg c/24 h para *H. influenzae* tipo b.

< 150 mg/dL	Proteínas del LCR con linfocitosis y glucosa normal: patrón de encefalitis viral , que tiene mortalidad ~10 %.
6–8 semanas	Antibiótico en el absceso cerebral (vancomicina, metronidazol y cefalosporina de 3ª); el manejo médico se prefiere si mide < 2.5 cm y el Glasgow es > 12.
□ PARKINSON, ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y MIASTENIA	
> 60 %	Pérdida de neuronas dopaminérgicas necesaria para que aparezcan los síntomas del Parkinson ; > 90 % de los casos es idiopático.
Hoehn ≥ 3	Enfermedad moderada o grave: indicar levodopa-carbidopa . Sólo 5–10 % son candidatos ideales a cirugía.
85 % / 10 %	Esclerosis múltiple recurrente-remitente y primariamente progresiva. La neuritis óptica la inicia en 36 %.
3–5 días	Metilprednisolona en el brote (segura en el embarazo); plasmaféresis en casos graves.
85–90 %	Positividad de los anticuerpos anti-AChR en miastenia gravis; si son negativos, medir anti-MuSK (peor pronóstico).
30–60 mg c/8 h	Piridostigmina a dosis mínimas eficaces, para evitar la crisis colinérgica.
□ LUMBALGIA Y HERNIA DISCAL	
< 6 / 6–12 / > 12	Semanas que definen lumbalgia aguda , subaguda y crónica .
4–6 semanas	Falla del tratamiento conservador que obliga a estudiar, igual que fiebre, déficit neurológico, pérdida de peso o edad > 50 años.
8–12 semanas	Plazo en que se resuelve 85 % de las hernias discales sin cirugía.
< 5 %	De las lumbalgias se debe a hernia discal sintomática; 60–70 % de los adultos tendrá un episodio de lumbalgia en su vida.
< 4 semanas	Duración máxima recomendada de los AINE en lumbalgia.
□ NEURODEGENERATIVAS HEREDITARIAS	
> 40 repeticiones	Tripletes CAG en el gen de la huntingtina: enfermedad de Huntington, que inicia entre los 25 y 45 años.
< 25 años	Edad de la ataxia de Friedreich , la ataxia hereditaria más frecuente (50 %), por expansión GAA del gen de la frataxina.
1 : 3 600	Incidencia de la distrofia de Duchenne en varones; los signos aparecen antes de los 6 años y 30 % son mutaciones de novo.
> 18 meses	Retraso en la adquisición de la marcha como dato de alarma. Prednisona 0.75 mg/kg/día o deflazacort 0.9 mg/kg/día.

■ DELIRIUM

CAM: S 94–100 %

Confusion Assessment Method, con especificidad del 90–95 %: el instrumento de elección para identificarlo.

11 % por 48 h

Aumento de la **mortalidad** por cada dos días que persiste el delirium agudo.

40 %

Proporción de casos **prevenibles**. El posquirúrgico aparece en 10–52 %.

> 5 fármacos

Polifarmacia como factor de riesgo, junto con demencia previa, inmovilidad, déficit sensorial y desnutrición.

10–40 %

Prevalencia en mayores de 85 años; 10–15 % en mayores de 65.

■ DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIAS

MMSE > 24

Función cognitiva **normal**; 19–23 deterioro leve, 14–18 moderado y < 14 severo. Sensibilidad 90 %, especificidad 75 %.

Hachinski 0–4

Sugiere **Alzheimer**; 5–6 demencia mixta y ≥ 7 **demencia vascular**.

60–70 %

El **Alzheimer** como causa de demencia; inicia a partir de los 60 años. La vascular es la segunda y debuta hacia los 65.

1 % → 23.5 %

Prevalencia de demencia de los 65–69 años a los mayores de 85.

5–10 años

Supervivencia tras el diagnóstico de Alzheimer; la demencia vascular tiene media de 3.5 años.

30–50 %

Coexistencia de **depresión** con la demencia; los ISRS son el tratamiento de elección.

□ DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Yesavage > 6

Respuestas afirmativas en la versión corta (GDS-15): tamizaje **positivo**. Sensibilidad 97 %, especificidad 85 %.

2 semanas

Plazo en que debe verse **mejoría clínica** con el antidepresivo; el tratamiento se evalúa a las 6–8 semanas.

25 %

De los mayores de 65 años presenta un trastorno psiquiátrico; la depresión es el más común.

25 → 50 mg/día

Sertralina por al menos un año en colapso del cuidador: el antidepresivo con mejor perfil de tolerabilidad.

Zarit > 56

Puntos que indican **sobrecarga intensa** del cuidador (S 93 %, E 84 %); el colapso eleva 63 % su riesgo de mortalidad.

□ FRAGILIDAD Y SARCOPENIA

FRAIL ≥ 3

Puntos: paciente **frágil**; 1–2 pre-frágil y 0 robusto. Evalúa fatiga, resistencia, marcha, enfermedades y pérdida de peso.

> 5 kg

Pérdida de peso que puntúa en FRAIL, igual que padecer **> 5 enfermedades**.

< 0.8 m/s

Velocidad de marcha disminuida; fuerza de prensión < 30 kg en hombres y < 20 kg en mujeres: criterios de sarcopenia.

< 31 cm

Perímetro de pantorrilla que sugiere sarcopenia (umbrales de riesgo: < 34 cm en hombres y < 33 cm en mujeres).

30 g de proteína	En una sola comida: suficiente para estimular la síntesis muscular. En fragilidad, 1–1.2 g/kg/día .
< 30 ng/mL	Vitamina D que indica suplementar con 800 UI/día.
39 %	Prevalencia de fragilidad en México (45 % en mujeres, 30 % en hombres).
□ CAÍDAS Y POLIFARMACIA	
15–28 %	De los adultos mayores sufre al menos una caída al año; causan 30 % de las muertes en mayores de 65.
10–25 % / 5 %	De las caídas provoca fractura y requiere hospitalización .
> 2 caídas / 12 meses	Criterio de fragilidad, junto con fractura de cadera después de los 55 años e IMC < 18.5.
60 %	Aumento del riesgo de caídas atribuible a la polifarmacia . Más del 40 % de los mayores usa 5 fármacos y 12 % más de 10.
12 %	De las hospitalizaciones de ancianos se debe a efectos adversos ; la mitad son prevenibles.
6 meses	Antecedente de caída dentro de ese período: aplicar la prueba Up and Go .
□ ÚLCERAS POR PRESIÓN	
> 32 mmHg	Presión sobre la piel que supera la presión arteriolar y produce hipoxia tisular.
> 70 mmHg / 2 h	Presión y tiempo que causan daño celular irreversible .
cada 2 horas	Cambios de posición (cada 15 minutos si el paciente puede moverse por sí mismo).
95 %	De los casos son prevenibles . Se estratifica el riesgo con las escalas de Braden o Norton.
40 % / 50 %	Prevalencia en adultos mayores hospitalizados y en cuidados intensivos .
□ DIABETES EN EL ADULTO MAYOR	
HbA1c < 7.5 %	Meta en el adulto mayor sano , con glucosa de ayuno de 90–130 mg/dL y TA < 140/90 mmHg.
HbA1c < 8 %	Meta en el adulto mayor con comorbilidad ; < 8.5 % en el paciente complejo o con expectativa de vida corta (TA < 150/90).
HbA1c > 9 %	Indicación de iniciar terapia dual con insulina , evitando sulfonilureas por el riesgo de hipoglucemia.
cada 3 años	Tamizaje en bajo riesgo (glucosa < 100 mg/dL y HbA1c < 5.0 %). El 50 % de los casos es asintomático.
425–2 550 mg/día	Rango de metformina como primera línea en el adulto mayor ambulatorio.
□ VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL	
una vez al año	Frecuencia mínima de la valoración geriátrica integral en atención primaria a partir de los 60 años.
≥ 3 patologías	Comorbilidad que, con edad ≥ 70 años, define al paciente geriátrico complejo.
Katz · Barthel	Escalas de actividades básicas ; Lawton y Brody para las instrumentales; Tinetti (POMA) para marcha y equilibrio.
S 70–100 %	Sensibilidad y especificidad de la prueba del susurro para detectar pérdida auditiva.
80 %	De los adultos mayores refiere dificultad para conciliar el sueño, despertar prematuro o fragmentación.
30–40 minutos	Exposición a luz solar por la mañana como medida no farmacológica del insomnio.
16.7 %	De los adultos mayores en México sufre algún tipo de maltrato ; el psicológico es el más común.

□ ACNÉ

< 20 comedones	Acné leve : menos de 15 lesiones inflamatorias o < 30 lesiones totales.
> 5 quistes	Acné grave : > 100 comedones, > 50 lesiones inflamatorias o > 125 lesiones totales.
2.5 % / 5 %	Peróxido de benzoilo dos veces al día en rostro y en espalda, respectivamente.
6–12 semanas	Duración del antibiótico tópico o sistémico: doxiciclina o minociclina 100–200 mg/día , limeciclina 300–600 mg/día.
0.5–1 mg/kg/día	Isotretinoína hasta una dosis acumulada de 120 mg/kg , por 4–6 meses o 2 meses más tras la curación clínica.
cada 30–90 días	Perfil lipídico y pruebas de función hepática durante el tratamiento con isotretinoína.
70–87 %	De los adolescentes lo presenta; suele desaparecer entre los 20 y 25 años.

■ PSORIASIS Y DERMATITIS

PASI > 10	O afectación de > 10 % de la superficie corporal : psoriasis grave. Prevalencia nacional del 2.5 %.
20–50 años	Edad de predominio de la psoriasis; 30 % desarrolla forma moderada–severa y artritis psoriásica.
< 5 años	Edad en que predomina la dermatitis atópica ; es una de las 10 dermatosis más comunes en México.
< 2 semanas	Duración máxima del antibiótico en dermatitis atópica, y sólo cuando hay infección agregada.
15–20 %	Prevalencia de la dermatitis por contacto : 80 % es irritativa. El níquel es el principal alérgeno.

□ CÁNCER DE PIEL

75–80 %	El carcinoma basocelular entre los tumores malignos de piel en México; crece ~0.5 cm por año, sobre todo en cara.
> 1 cm	Basocelular nodular en topografía de riesgo alto : criterio de alto riesgo. En zona de bajo riesgo, el corte es > 2 cm.
3, 6 y 12 meses	Citas de seguimiento tras el tratamiento del basocelular.
> 6 mm	Diámetro del ABCDE del melanoma, junto con asimetría, bordes irregulares, color heterogéneo y evolución.
Breslow > 1 mm	Espesor que indica buscar ganglio centinela . La cirugía debe hacerse 1–2 semanas tras la biopsia.
2 semanas	Plazo de referencia al dermatólogo ante lesión sospechosa; seguimiento cada 6 meses en pacientes de alto riesgo.
> 50 años	Edad del carcinoma epidermoide , más frecuente en hombres que trabajan al aire libre; 50–86.7 % se localiza en cara.

□ INFECCIONES CUTÁNEAS

5 % nocturna	Permetrina en crema para escabiosis, retirada a las 8–14 horas.
2–15 mm	Longitud de los surcos acarinos; las lesiones en cúpula miden 5–6 mm y producen prurito extremo.
2–5 años	Edad típica del impétigo ; 70 % es no ampolloso y 80 % de éste se debe a <i>S. pyogenes</i> .
5–10 días	Duración de la penicilina oral o amoxicilina en infecciones cutáneas estreptocócicas.

250 mg/día	Terbinafina oral: 12–16 semanas en onicomicosis de pies y 6 semanas en manos; itraconazol 200 mg/día por 12 semanas.
200 mg × 7–10 d	Itraconazol o fluconazol en pitiriasis versicolor; ketoconazol al 2 % en champú por 14 días en casos leves.
1–3 mm	Tamaño de las lesiones umbilicadas del molusco contagioso ; se resuelve solo en 6 meses a 4 años.
2–20 años	Incubación de la lepra ; la lepromina se lee a los 21 días y es positiva con induración > 4 mm.

□ REACCIONES CUTÁNEAS GRAVES

< 10 % de SCT	Desprendimiento epidérmico del síndrome de Stevens–Johnson ; 10–30 % es forma de solapamiento.
> 30 % de SCT	Necrólisis epidérmica tóxica , con mortalidad superior al 30 %. Nikolsky positivo en ambas.
50 % / 80 %	Asociación a fármacos del SSJ y de la NET: anticonvulsivos, alopurinol, sulfonamidas y nevirapina.
↓ 30 %	Reducción de la mortalidad al suspender el fármaco de inmediato . No usar esteroides ni profilaxis antibiótica.
hasta 2 cm	Lesiones en tiro al blanco del eritema multiforme, que dura 3–6 semanas; aciclovir 400 mg c/12 h como prevención de recurrencias.
1–2 cm	Ampollas flácidas del pénfigo vulgar (mortalidad 17.7 %). Prednisona 0.5–1 mg/kg/día, o 60–100 mg/día si es grave.

□ URTICARIA, ROSÁCEA Y VITÍLIGO

1–24 horas	Duración de cada roncha de urticaria, sin dejar huella; > 6 semanas la define como crónica.
80 %	De la urticaria crónica es idiopática ; 40 % de las autoinmunes se asocia a tiroiditis. Angioedema en ~50 % de los pacientes.
2 semanas	Persistencia de síntomas que obliga a escalar el tratamiento; esteroide sistémico sólo 3–7 días en exacerbación.
6 semanas	Duración de las tetraciclinas en rosácea tras metronidazol tópico o ácido azelaico. Predomina en mujeres de 30 a 50 años.
> 75 %	Superficie corporal afectada que define el vitiligo generalizado ; el diseminado afecta 2 o más segmentos.
20 años	Edad en que la mitad de los pacientes adquiere el vitiligo.
2–6 semanas	Duración de la pitiriasis rosada (hasta 3–5 meses); el medallón heráldico precede 1–2 semanas a la erupción en árbol de navidad.

■ DEPRESIÓN MAYOR

2 semanas Duración mínima de los síntomas, presentes **casi todos los días y la mayor parte del día**.

20 / 50 / 20 mg Dosis inicial diaria de **fluoxetina**, **sertralina** y **paroxetina**.

6 meses Continuar el antidepresivo tras la remisión, con seguimiento mensual, para evitar recaídas.

CDI ≥ 19 Puntaje del cuestionario de depresión infantil que obliga a **referir**.

1 de cada 5 Personas desarrollará un cuadro depresivo a lo largo de la vida.

■ TRASTORNOS DE ANSIEDAD

> 6 meses Duración de los síntomas diurnos en el **trastorno de ansiedad generalizada**.

> 40 años Debut a esa edad: descartar **ansiedad secundaria** a enfermedad orgánica, fármacos o sustancias.

12 semanas Plazo para decidir si se continúa o se cambia la intervención; la terapia cognitivo-conductual se da en sesiones semanales de 1–2 h por hasta 4 meses.

2 semanas Duración de los síntomas obsesivos o compulsivos la mayoría de los días para el **TOC**.

6 meses Momento en que disminuyen los efectos adversos de los antidepresivos; su suspensión brusca causa síndrome de discontinuación.

12 meses Duración del ISRS en **estrés postraumático** para evitar recurrencia.

□ ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO BIPOLAR

< 1 mes **Trastorno psicótico breve**; de 1 a 6 meses, **esquizofreniforme**; más de 6 meses, **esquizofrenia**.

10–25 / 25–35 años Edad de inicio en **hombres** y en **mujeres**. Prevalencia del 1–2 % y 50 % de las hospitalizaciones psiquiátricas.

10–20 % No alcanza remisión tras **2 ensayos** con antipsicóticos: esquizofrenia resistente, indicación de clozapina.

1–2 mg IV/IM **Benzotropina** en el manejo urgente de los síntomas extrapiramidales.

> 2 años Duración de los síntomas depresivos e hipomaniacos en la **ciclotimia**.

10–19 % De los pacientes bipolares muere por suicidio; la mitad lo intenta. Concordancia del 80 % en gemelos monocigotos.

□ ALCOHOL Y SUSTANCIAS

> 60 g Alcohol en una sola ocasión más de una vez al mes: **consumo excesivo**.

5 / 4 copas Umbral del atracón en **hombres** y **mujeres** en un mismo día.

AUDIT-C > 8 / > 5 Puntos que indican consumo de riesgo en hombres y mujeres.

24–48 horas Inicio del **síndrome de abstinencia alcohólica**, con pico a las 10–30 h y resolución tras ~50 h.

48–72 horas Inicio del **delirium tremens**, que evoluciona mal en menos del 5 % de los pacientes.

CIWA < 10 / 10–20 / > 20 Abstinencia **leve**, **moderada** y **severa**; se revalora cada 8 horas.

300 mg $\times$ 3–5 días **Tiamina** IV o IM en abstinencia severa, con hidratación de 2–4 L/día y diazepam 10–20 mg.

12 %

Prevalencia del consumo de **mariguana** en México entre los 12 y 65 años: la droga ilícita más usada.

■ TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

IMC $\leq$ 17.5	O < 85 % del peso esperado : criterio de anorexia nerviosa, con amenorrea e intolerancia al frío.
30–40 kcal/kg	Aporte inicial en la realimentación (1 500–1 800 kcal/día; 1 200–1 500 en el paciente de riesgo).
> 1.4 kg/semana	Ganancia que aumenta el riesgo de síndrome de realimentación. Meta: IMC $\geq$ 19.5.
100 mg/día	Tiamina , con folato, selenio y zinc, para prevenir complicaciones de la realimentación.
K < 3 mEq/L	O sodio < 130 o > 145 : criterio de hospitalización, junto con deshidratación.
< 2 horas	Duración del atracción , con pérdida de control; en bulimia se exige $\geq$ 2 veces por semana durante 3 meses.
> 6 meses	Amenorrea que obliga a solicitar perfil hormonal y densitometría ósea .
5.1 % / 1.7 %	Suicidio en anorexia y en bulimia . El 75 % de los ambulatorios remite a 5 años.

□ TDAH, INSOMNIO Y SUICIDIO

Conners > 17 / > 12	Puntos en niños y niñas de 6 a 11 años que indican referencia.
0.5–2 mg/kg/día	Metilfenidato en TDAH moderado o grave, con psicoeducación intensiva.
8–12 sesiones	Terapia cognitivo-conductual de 50–90 min en escolares, y 8 sesiones de 50–120 min para los padres.
5 % · 3:1	Prevalencia mundial del TDAH y predominio en varones.
< 3 meses	Insomnio de corta duración ; el crónico ocurre > 3 veces por semana durante más de 3 meses.
72 horas	Plazo del seguimiento con salud mental tras el alta por intento suicida, más llamadas telefónicas de 10–20 minutos.

□ SÍNDROME DE DOWN

10-14 SDG

Ventana del **cribado del primer trimestre**: translucencia nual, hueso nasal, β -hCG libre y PAPP-A. Detecta > 95 % con 5 % de falsos positivos.

> 5 mm

Translucencia nual anormal entre las 9 y 12 SDG (NOM-034-SSA2-2002); detecta el síndrome en 69 %.

> 6 mm

Pliegue nual del segundo trimestre, junto con hipoplasia nasal, foco ecogénico cardíaco y huesos largos cortos.

> 99 %

Precisión del **ADN fetal libre**; el cariotipo al nacimiento sigue siendo obligatorio.

1.3 / 1 000

Incidencia; aumenta con edad materna > 35 años y paterna > 45 años. 75 % por no disyunción en meiosis I; 5 % por translocación robertsoniana.

50 %

Frecuencia de **cardiopatía congénita** (canal AV y CIV). Supervivencia al año: 96 % sin cardiopatía y 78 % con ella.

□ TRISOMÍAS 13 Y 18

1 : 12 000

Incidencia del **síndrome de Patau** (trisomía 13). 50 % fallece antes del mes y < 10 % supera el año; media de 7 días.

60-80 %

Tríada clásica del Patau: hendiduras faciales, microftalmía y polidactilia. Las cardiopatías (80-100 %) son la principal causa de muerte.

1 : 3 600-8 500

Incidencia del **síndrome de Edwards** (trisomía 18); 80 % son formas completas. Esperanza de vida media de 4 días.

 α -FP, hCG y estriol bajos

Patrón del **cribado sérico** en trisomía 18; arteria umbilical única en 70 %.

□ CROMOSOMOPATÍAS SEXUALES

1 : 2 500

Incidencia del **síndrome de Turner** en mujeres nacidas vivas; el retraso del crecimiento es el hallazgo más frecuente (90 %).

> 2 DE

Talla por debajo del promedio: indicación de **cariotipo** en niñas, junto con retraso puberal.

0.3-0.375 mg/kg/sem

Hormona de crecimiento en Turner: aporta unos 3 cm el primer año.

12 / 14 años

Inicio de la **inducción puberal** con estrógenos, con y sin tratamiento previo de hormona de crecimiento.

1-2.5 / 1 000

Prevalencia del **síndrome de Klinefelter** en varones; sólo se diagnostica en 25-50 %, con edad media de 30 años.

□ ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

> 2 mg/dL

Fenilalanina en tamiz neonatal que obliga a estudiar; la fenilcetonuria clásica cursa con niveles > 20 mg/dL.

20 días de vida

Plazo para iniciar tratamiento en fenilcetonuria clásica y evitar secuelas irreversibles.

< 10 mg/dL

Meta con fórmula libre de fenilalanina antes de reiniciar el seno materno; rango terapéutico de 1 a 6 mg/dL.

> 10 mg/dL

Galactosa en tamiz neonatal: sospecha de galactosemia clásica.

100–500 mg/día	Piridoxina en homocistinuria sensible a B6; 25 % presenta eventos tromboembólicos.
20 mg/kg c/2 sem	Terapia de reemplazo enzimático en enfermedad de Pompe (cardiomegalia en 92 %, insuficiencia respiratoria en 78 %).
□ FIBROSIS QUÍSTICA	
> 60 mmol/L	Cloro en sudor (Gibson–Cooke) que confirma; < 40 mmol/L descarta y 40–60 es dudoso.
> 48 horas	Edad mínima para realizar la prueba de sudor en el recién nacido.
6 semanas	Ventana para el tamiz con tripsinógeno inmunorreactivo .
F508del ≥ 70 %	Mutación más frecuente de <i>CFTR</i> . Herencia autosómica recesiva: 25 % de recurrencia por embarazo.
17.5 años	Esperanza de vida en México. Más del 80 % de los síntomas aparece en los primeros 2 meses.
□ DISPLASIAS Y TEJIDO CONECTIVO	
80 %	De las acondroplasias son mutación de novo, ligadas a edad paterna avanzada; incidencia de 1 por 26 000 nacidos vivos.
131 / 124 cm	Talla adulta media en hombres y mujeres con acondroplasia; esperanza de vida de 61 años.
16–22 meses	Edad de la marcha en acondroplasia (sostén cefálico 4–7 meses, sedestación 9–11).
1 : 20 000	Incidencia de la osteogénesis imperfecta ; el tipo I es 60–70 % de los casos y 80–90 % se debe a defectos del colágeno I.
1 : 10 000	Incidencia del síndrome de Marfan , autosómico dominante; 25 % son esporádicos.
□ SÍNDROMES DE IMPRONTA Y SOBRECRECIMIENTO	
15q11.2-q13	Región implicada: delección paterna en Prader–Willi (70 %) y delección materna en Angelman (> 70 %).
0.035 mg/kg/día	Somatropina en Prader–Willi: mejora talla y masa magra y reduce grasa. Déficit de GH en 80 %.
> 80 %	De los pacientes con Angelman convulsiona antes de los 2 años; EEG con punta-onda lenta y control anual.
11p15.5	Locus del síndrome de Beckwith–Wiedemann (estándar de oro por FISH). Macroglosia 97 %, macrosomía 84 %, hipoglucemia > 50 %.
mensual hasta 2 años	Ultrasonido abdominal de vigilancia tumoral; trimestral hasta los 3 y semestral hasta los 6 años.
1 : 50 000	Incidencia del Cri du chat ; 85 % de novo. El 75 % de las muertes ocurre en el primer mes y 90 % en el primer año.
□ SÍNDROMES CON RIESGO ONCOLÓGICO	
12 años	Inicio del cribado con colonoscopia anual en riesgo de poliposis adenomatosa familiar , hasta la colectomía.
100 %	Riesgo de cáncer colorrectal en la PAF sin tratamiento; los pólipos aparecen en la adolescencia (media 16 años).
8–10 años	Inicio de la vigilancia endoscópica en Peutz–Jeghers ; penetrancia > 90 % a los 30 años.
> 0.5 cm	Pólipos que deben resecarse; todo pólipo sintomático o ≥ 1 cm se extirpa.
26 años	Edad media del primer tumor en Von Hippel–Lindau (1 por 36 000 habitantes).
50–75 %	Mutaciones nuevas en esclerosis tuberosa ; riesgo de herencia del 50 % si hay progenitor afectado. Igual proporción de novo en neurofibromatosis tipo 1.

□ GLAUCOMA

11-21 mmHg	Presión intraocular normal ; por encima de 21 mmHg con papila y campo normales es hipertensión ocular aislada.
+16 % por mmHg	Aumento del riesgo de glaucoma por cada mmHg sobre 21; el daño campimétrico sube cerca de 31 %.
21-25 mmHg	Sin factores de riesgo, sólo vigilancia; si se trata, betabloqueador . Por encima de 25 mmHg, análogos de prostaglandinas.
↓ 20 %	Reducción objetivo respecto a la presión basal .
copa/disco > 0.6	Excavación papilar patológica en el glaucoma de ángulo abierto , que es el 75 % de los casos.
60-80 mmHg	Presión alcanzable en la crisis de ángulo cerrado ; con PIO > 50 mmHg se añade manitol. La iridotomía se hace en 24-48 h.

■ URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS

90-100 minutos	Tiempo de oclusión arterial retiniana sin lesión; más de 240 minutos produce daño irreversible masivo.
< 4.5 horas	Ventana de alteplasa IV (0.9 mg/kg); alternativas: paracentesis, masaje ocular y acetazolamida.
15-20 %	Riesgo de EVC tras la oclusión arterial retiniana, sobre todo en los primeros 7 a 30 días: es una emergencia neurológica.
> 50 años	Edad en que hay que solicitar VSG y PCR para descartar arteritis de células gigantes.
10 minutos	Irrigación mínima en la quemadura química , evertiendo párpados, retirando partículas y comprobando el pH.
> 2 mm	Enoftalmos o fractura de más del 50 % del piso orbitario, o diplopía persistente: indicación quirúrgica.
48 horas	Oclusión con pomada antibiótica en la abrasión corneal, para facilitar la reepitelización.

■ RETINOPATÍAS

3-5 años	Plazo para el primer examen de retinopatía en diabetes tipo 1; en tipo 2, al diagnóstico.
HbA1c < 6.5 %	Meta para reducir el riesgo, junto con colesterol < 200 mg/dL, LDL < 100 mg/dL y TA < 130/80 mmHg.
43.6 % / 31.5 %	Prevalencia mundial y nacional de retinopatía diabética; el riesgo aparece tras 5 años de evolución.
A/V < 1:2	Relación arteria-vena del grado II de retinopatía hipertensiva. Fondo de ojo a todo paciente mayor de 65 años.
80 % / 20 %	Degeneración macular seca (drusas y atrofia) frente a húmeda (neovascularización). Referir a todo > 50 años con metamorfosis.

□ AMETROPÍAS Y ESTRABISMO

23 mm	Longitud axial normal del ojo: 14 mm al nacer, ~18 mm en hipermetropía y ~28 mm en miopía.
6 meses	Edad del reflejo corneal de Hirschberg y la prueba de oclusión.
20/40 a los 5 años	Agudeza visual de ese nivel o peor, o 2 líneas de diferencia entre ojos: referir.
< 1 500 g / < 30 SDG	Prematurez de riesgo para ametropías y retinopatía del prematuro.

1-6 %	Prevalencia del estrabismo en México; la esotropía es el 50 % de los casos.
6 años	Edad límite para tratar la ambliopía (que desarrolla 50 % de los estrábicos) y evitar secuelas permanentes.
< 24 meses	Edad en que se recomienda toxina botulínica A en ambos rectos.
18 años	Edad mínima para cirugía refractiva, con refracción estable por 12 meses y córnea sana.
■ SUPERFICIE OCULAR Y PÁRPADOS	
2 gotas c/6 h x 7 d	Cloranfenicol tópico empírico en conjuntivitis bacteriana.
5-7 / 10 días	Sin mejoría clínica o sin resolución en esos plazos: referir a segundo nivel , igual que ante alteración de la agudeza visual.
6 semanas	Duración de la higiene palpebral con compresas tibias y antibiótico en blefaritis .
< 4 mm / > 6 mm	Chalazión : triamcinolona tópica frente a incisión y curetaje. Compresas calientes 3-5 min, 4 veces al día.
2-3 semanas	Reabsorción del hiposfagma ; en mayores de 50 años considerar fragilidad capilar y descartar coagulopatía.
> 90 %	Seroprevalencia de VHS-1; la infección ocular ocurre en < 5 % de las primoinfecciones. Tratamiento antiviral por 2 semanas.
□ NEURITIS ÓPTICA, UVEÍTIS Y TRACOMA	
1 g IV x 3 días	Metilprednisolona en infusión de 60 min, seguida de prednisona 1 mg/kg/día por 11 días.
15-20 %	Evolución a esclerosis múltiple tras una neuritis óptica desmielinizante típica; recurrencias hasta en 50 %.
20-50 años	Edad típica de la neuritis óptica, con predominio femenino 2:1. La RM con gadolinio se hace ~2 semanas tras el inicio.
30 %	De las uveítis tiene afección sistémica; representan 2.8-10 % de las causas de ceguera. La anterior es la más frecuente.
> 5 folículos	De más de 0.5 mm en el tarso: tracoma folicular activo . Una pestaña invertida que roza la córnea ya es triquiasis.
20 mg/kg	Azitromicina en niños < 16 kg; tetraciclina al 1 % por 6 semanas en < 6 meses, embarazadas o alergia. Tratamiento masivo si > 10 % de los niños tiene tracoma activo.

Otorrinolaringología

7 temas · 45 cifras

22

■ FARINGOAMIGDALITIS

Centor-McIsaac 3-5

Puntos: hacer **prueba rápida de antígeno** e iniciar antibiótico. Con 0-2 puntos, se asume etiología viral.

> 38 °C

Criterio de Centor, junto con exudado amigdalino, adenopatías cervicales dolorosas, ausencia de tos y edad de **3 a 14 años** (+1).

600 000 UI IM

Penicilina benzatínica en menores de 27 kg (1 200 000 UI si pesa más), en dosis única.

10 días

Duración de amoxicilina-clavulanato o clindamicina ante **falla terapéutica**.

48-72 horas

Persistencia de fiebre o dolor tras iniciar antibiótico: revalorar.

7 / 5 / 3 episodios

Faringitis recurrente: 7 en un año, 5 anuales en 2 años o 3 anuales en 3 años. Es también el criterio de amigdalectomía.

Grado III-IV

Hipertrofia amigdalina del 50-75 % o > 75 %: indicación de amigdalectomía por obstrucción de vía aérea.

90 %

De las faringitis son **virales**; la bacteriana predomina de los 3 a los 14 años.

■ OTITIS MEDIA AGUDA

< 48 horas

Instauración del cuadro agudo de otalgia, irritabilidad y fiebre.

80-90 mg/kg/día

Amoxicilina en 3 dosis, de elección en casos leves sin otorrea ni factores de riesgo.

10-14 días

Duración del antibiótico si hay factores de riesgo (guardería, esquema de vacunación incompleto).

< 2 años

Edad en que **siempre** se antibiotica, igual que en > 2 años con OMA bilateral grave.

> 2 años

Con OMA leve o unilateral: puede optarse por **observación**, con seguimiento a las 48-72 h.

3 en 6 / 4 en 12

Episodios que definen **OMA recurrente**.

> 3 años

Edad mínima para gotas anestésicas óticas, siempre sin perforación timpánica.

H. influenzae 30-50 %

Agente más frecuente, seguido de *S. pneumoniae* (25-40 %) y *M. catarrhalis* (10-20 %).

□ OTITIS EXTERNA Y MASTOIDITIS

< 48 horas

Inicio rápido de otalgia severa con **signo del trago positivo**: otitis externa aguda; 98 % es bacteriana.

5 gotas c/8 h × 7 d

Neomicina con polimixina B y fluocinolona. *Pseudomonas* (20-60 %) y *S. aureus* son los agentes.

1 semana IV + 1 mes VO

Antibiótico en **mastoiditis aguda**: cefalosporina con metronidazol o clindamicina. Predomina en menores de 4 años.

□ VÉRTIGO

< 60 segundos

Duración del episodio de **VPPB**, desencadenado por cambios de posición, con nistagmo unidireccional y fatigable en Dix-Hallpike.

60-90 %

Afecta al **conducto semicircular posterior**; el horizontal en 6-16 %. Resolución > 80 % con maniobras de Epley o Barbecue.

≥ 2 episodios / 20 min

Vértigo espontáneo recurrente: criterio de **enfermedad de Ménière**, la causa más frecuente de vértigo periférico.

1–2 g/día	Restricción de sodio en Ménière, con ejercicio moderado y evitando tabaco, alcohol y estrés.
60 mg/día × 10 d	Prednisona en neuritis vestibular; el vértigo intenso dura 1–2 días. 15 % sigue sintomático al año.
□ HIPOACUSIA	
> 30 dB	Pérdida en al menos 3 frecuencias consecutivas , instaurada en 72 horas: hipoacusia súbita idiopática. Unilateral en > 96 %.
< 7 días	Inicio del esteroide que mejora el pronóstico; referir en las primeras horas y siempre antes de 30 días.
60 mg/día	Prednisona con reducción gradual por 10–20 días; metilprednisolona intratimpánica 20 mg por 4 semanas en diabéticos o refractarios.
25 % → 70–80 %	Prevalencia de presbiacusia de los 65–75 años a los mayores de 75.
> 80 dB	Pérdida neurosensorial severa: indicación de implante coclear . HHIE–S positivo con ≥ 8 puntos.
15 / 60 cm	Distancias de las pruebas de frote de dedos y de voz susurrada en el tamizaje auditivo.
0.4 %	Prevalencia de la otosclerosis ; inicia entre los 15 y 45 años (media 33), bilateral en 70 %, mujeres 2:1.
□ NARIZ Y SENOS PARANASALES	
90–95 %	Proporción de epistaxis anterior , casi siempre autolimitada; la posterior (5–10 %) requiere manejo especializado.
65–70 %	Control del sangrado con presión nasal directa y vasoconstrictor en no hipertensos. La ligadura de la esfenopalatina tiene 93 % de éxito.
> 10 días	Duración de los síntomas de vías altas que hace sospechar rinosinusitis aguda bacteriana (menos de 12 semanas).
10–14 días	Amoxicilina 500 mg c/8 h en adultos; en niños, amoxicilina-clavulanato 45–90 mg/kg/día en 2 dosis.
> 12 semanas	Rinosinusitis crónica ; con alteración del olfato, investigar pólipos nasales (prevalencia 2–5 %).
3–5 días	Duración máxima del descongestivo nasal, por el riesgo de rinitis medicamentosa.
> 4 días/semana	Y más de 4 semanas seguidas: rinitis alérgica persistente . Afecta al 10–20 % de la población.
< 5 días	Evolución de la fractura nasal que permite reducción cerrada; después se requiere cirugía. La mitad no se ve en radiografía simple.
□ PARÁLISIS FACIAL Y CÁNCER ORAL	
48–72 horas	Ventana para iniciar prednisona en parálisis de Bell: 60 mg/día por 5 días y reducción de 10 mg/día.
10 mg/kg c/8 h × 7 d	Aciclovir IV en síndrome de Ramsay Hunt, con prednisona 1 mg/kg/día (máximo 60 mg).
> 3 semanas	Úlcera, mácula o placa roja o blanca persistente: sospechar cáncer oral .
< 1 cm / > 1 cm	Biopsia excisional frente a incisional : es el estándar de oro.
cada 1–3 meses	Seguimiento el primer año, luego cada 6–12 meses, por un mínimo de 5 años.
> 90 %	El carcinoma epidermoide entre los cánceres orales; el cáncer oral es 85 % de los de cabeza y cuello.

■ CICLO MENSTRUAL Y SANGRADO ANORMAL

28 ± 7 días Duración del **ciclo menstrual** normal; la hemorragia dura 4 ± 2 días con un volumen de 20–60 mL.

> 80 mL Sangrado por ciclo que define **hemorragia uterina anormal** por volumen; lo refiere 9–14 % de las mujeres en edad reproductiva.

3–5 días antes Inicio de los AINE, continuados 3–5 días después del inicio del ciclo: primera línea junto con levonorgestrel.

16 / 14 / 13 años **Amenorrea primaria**: sin menarquía a los 16, o a los 14 sin pubarquia, o a los 13 sin telarquía.

3 / 6 meses **Amenorrea secundaria**: ausencia de regla ese tiempo con ciclos previos regulares o irregulares.

■ ANTICONCEPCIÓN

primeros 5–7 días Del ciclo: inicio ideal de cualquier método. Después se considera **inicio en día no habitual** y requiere respaldo.

2–7 días Tiempo que tardan los hormonales (orales, parche, implante) y el DIU hormonal en alcanzar su **efecto completo**.

150 mg c/90 días **Medroxiprogesterona** IM (104 mg SC); enantato de noretisterona 200 mg IM **cada 60 días**.

6 / 10 meses Retorno a la ovulación tras suspender **EN-NET** y **AMPD**.

10 / 5 / 4 años Duración del **DIU de cobre** según modelo (380A, 380-Ag o 375-Au). El de levonorgestrel 52 mg dura 5–8 años y libera 20 µg/día.

< 48 h o ≥ 4 sem Ventanas seguras de inserción del DIU **posparto**; entre 48 h y 4 semanas se evita.

3–6 semanas Primera revisión tras insertar el DIU, para valorar hilos y excluir perforación; después, anual.

5 años / 3 años Duración del implante de **levonorgestrel** (150 mg) y de **etonogestrel** (68 mg).

< 12 SDG Plazo para retirar el DIU si se descubre un embarazo.

■ ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y DEFINITIVA

1.5 mg **Levonorgestrel** en dosis única (o 2 tabletas de 0.75 mg); eficaz hasta 72 h, idealmente lo antes posible.

120 horas Ventana del **acetato de ulipristal** (30 mg) — 5 días. Suspender la lactancia 7 días después de tomarlo.

IMC > 25 / > 35 Umbrales en que pierden eficacia el **levonorgestrel** y el **ulipristal**.

< 7 o > 42 días Ventanas de la **oclusión tubaria bilateral** posparto; entre 7 y 42 días se difiere.

3 meses / 25 eyac. Tiempo o número de eyaculaciones antes del conteo espermático de control tras la **vasectomía**; hasta entonces se usa otro método.

6 meses Duración máxima del **MELA**: requiere lactancia exclusiva, amenorrea y espaciar tomas menos de 4 horas de día.

■ CÁNCER CERVICOUTERINO

25–29 años Edad de la **citología cervical** como tamizaje primario en población general, cada 3 años.

30-64 años	Rango en que el tamizaje primario es la detección de VPH de alto riesgo ; si es negativa, se repite en 5 años.
> 65 años	Edad en que se suspende el tamizaje si hubo resultados negativos en los últimos 10 años y sin NIC en 20.
1 dosis	Vacuna VPH en niñas de 9 a 14 años y mujeres de 15 a 20; al menos 2 dosis si viven con VIH (de 9 a 45 años).
90-70-90	Metas de eliminación: 90 % de cobertura vacunal, 70 % de tamizaje y 90 % de tratamiento de lesiones precancerosas.
< 20 días hábiles	Plazo para iniciar tratamiento desde la confirmación histopatológica de NIC2 o NIC3 .
42 días posparto	Reevaluación de la lesión de alto grado diagnosticada en el embarazo (o 60 días hábiles).
99.7 %	De los cánceres cervicales contiene ADN de VPH de alto riesgo; 70 % del invasor se relaciona con los genotipos 16 y 18.

■ CÁNCER DE MAMA: TAMIZAJE

40 años	Inicio de la mastografía anual en riesgo medio; de 50 a 74 años, cada 1-2 años.
20 años	Inicio de la autoexploración mensual ; la exploración clínica va cada 1-3 años hasta los 39 y anual desde los 40.
30 años	Inicio de la mastografía anual en alto riesgo , pero nunca antes de los 25.
8 años después	De una radioterapia torácica recibida entre los 10 y 30 años: inicio del tamizaje (nunca antes de los 25).
25-30 %	Cánceres no detectados por mastografía en mujeres de 40 a 49 años ; 10 % en mayores de 49.
< 2 semanas	Plazo de referencia a segundo nivel ante un patrón clínico sugestivo.
< 30 años	Edad en que el estudio de elección es el ultrasonido mamario , igual que en embarazo y lactancia.

■ CÁNCER DE MAMA: BI-RADS Y RIESGO

BI-RADS 3	< 2 % de malignidad: vigilancia por especialista cada 6 meses .
BI-RADS 4	Sospechoso: 4a 2-10 %, 4b 11-50 %, 4c 51-95 %. Referencia en < 10 días para biopsia.
BI-RADS 5	> 95 % de probabilidad de malignidad.
65-85 %	Riesgo de cáncer de mama en portadoras de BRCA1/BRCA2 ; la mastectomía profiláctica reduce la mortalidad 90-95 %.
< 12 / > 55 años	Menarca temprana y menopausia tardía como factores de riesgo, junto con nuliparidad y terapia hormonal > 5 años.
> 4 h/semana	Ejercicio moderado: reduce el riesgo 30-40 %. Cada 12 meses de lactancia lo reduce 4 %.
76 %	El carcinoma ductal infiltrante entre los cánceres de mama; 55 % se localiza en el cuadrante superoexterno.

■ PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA

2-5 cm	Tamaño típico del fibroadenoma , el tumor benigno más frecuente (prevalencia 9 %), entre los 20 y 40 años.
> 2 cm	Fibroadenoma que se extirpa, o si crece rápido, hay duda diagnóstica o cancerofobia. Si la triada concordante es benigna, el riesgo de cáncer es < 0.5 %.
25 g/día	Linaza como primera línea en mastalgia severa; si falla, tamoxifeno 10 mg o danazol 200 mg por 3-6 ciclos.

50–90 %	Los quistes como nódulos mamarios más comunes; predominan de los 40 a 50 años, con mastalgia cíclica en 20 %.
72 horas	Sin mejoría con antibiótico en mastitis : hacer ultrasonido para descartar absceso.
10–14 días	Duración del antibiótico en mastitis (dicloxacilina 500 mg o amoxicilina-clavulanato). <i>S. aureus</i> en 90 % de la puerperal.

■ ENDOMETRIO Y MIOMATOSIS

> 5 mm	Grosor endometrial en posmenopausia que obliga a biopsia; en premenopausia, > 12 mm.
2–5 % / 8 % / 30 %	Progresión a cáncer de la hiperplasia simple , compleja y atípica .
55–65 años	Edad del cáncer de endometrio (media 58); el sangrado anormal aparece en 75 % de las etapas tempranas.
> 90 kg	Peso como factor de riesgo de hiperplasia, junto con infertilidad, nuliparidad y estrógenos sin oposición.
20–30 %	Prevalencia de la miomatosis uterina , la neoplasia benigna ginecológica más común, entre los 35 y 54 años.
< 2 / 2–6 / > 6 cm	Miomas de pequeños , medianos y grandes elementos; gigante si supera 20 cm.
< 4 cm	Mioma asintomático que se maneja de forma expectante , con revisiones cada 6 meses.
> 2.5 mm	Glándulas en el estroma: criterio histopatológico de adenomiosis ; en RM, zona de unión > 12 mm.

■ OVARIO

> 12 folículos	De 2–9 mm, o volumen ovárico > 10 mL: criterio ecográfico de síndrome de ovario poliquístico.
Ferriman-Gallwey > 8	Puntos que definen hirsutismo . El SOP cursa con irregularidad menstrual en 90 % e infertilidad en 75 %.
3–7 %	Prevalencia del SOP en edad reproductiva; coexiste con resistencia a la insulina hasta en 35 %.
> 3 cm	Quiste funcional que persiste o crece por encima de este tamaño: se considera anormal.
> 8 cm	Tumor aneural, o persistencia más allá de 8–12 semanas , ruptura o torsión: indicación quirúrgica.
98.7 %	Probabilidad de benignidad de un quiste simple por ultrasonido en premenopáusicas.
50–70 años	Edad de mayor incidencia del cáncer de ovario (riesgo de por vida 1.2 %); 90 % son epiteliales.

■ INFECCIÓN GENITAL

pH > 4.5	Criterio de Amsel en vaginosis bacteriana, junto con leucorrea grisácea, prueba de aminas positiva y > 20 % de células clave.
500 mg c/12 h × 5–7 d	Metronidazol en vaginosis bacteriana; 2 g dosis única en el embarazo. Seguro desde el primer trimestre.
150 mg DU	Fluconazol en candidiasis no complicada, o nistatina en óvulos de 100 000 UI por 14 días (de elección en el embarazo, con clotrimazol).
< 4 episodios/año	Candidiasis no complicada ; las complicadas se envían a segundo nivel y la no-albicans se trata 21 días.
500 mg c/12 h × 7 d	Metronidazol en tricomoniasis (o 2 g dosis única), tratando siempre a la pareja. Con la dosis única, suspender lactancia 12–24 h.
1 g DU	Azitromicina en cervicitis por <i>Chlamydia</i> (o doxiciclina 100 mg c/12 h por 7 días). Es asintomática en 50 %.

40–50 %

La **vaginosis bacteriana** como causa de vaginitis infecciosa, seguida de candidiasis (20–25 %) y tricomoniasis (< 15 %).

■ ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

14 días

Duración del tratamiento ambulatorio: **levofloxacino 500 mg c/24 h más metronidazol 500 mg c/12 h**.

250 mg IM

Ceftriaxona más doxiciclina 100 mg c/12 h por 14 días en el manejo intrahospitalario.

48 horas

Falla del tratamiento conservador que obliga a cirugía, igual que la sepsis.

10–14 días

Recurrencia de síntomas tras completar el antibiótico: se considera **falla terapéutica**.

1.3 % → 7.8 %

Aumento del riesgo de **embarazo ectópico** tras EPI; 33 % desarrolla dolor pélvico crónico.

10 %

De las EPI agudas cursa con **síndrome de Fitz–Hugh–Curtis** (perihepatitis).

□ ENDOMETRIOSIS, INFERTILIDAD Y MENOPAUSIA

> 25 años

Dismenorrea que aparece a esa edad sin dolor previo: sospechar **endometriosis**, EPI o adenomiosis.

≥ 3 cm

Endometrioma en el que la cistectomía mejora resultados. La endometriosis afecta al 11 % de las mujeres en edad reproductiva.

12 / 6 meses

Infertilidad: sin lograr embarazo tras ese tiempo en < 35 años y en > 35 años, respectivamente.

IMC > 29 / < 19

Extremos que reducen la probabilidad de concebir; corregir el peso mejora las posibilidades.

< 40 años

Insuficiencia ovárica primaria: con amenorrea de 4 meses o más, FSH elevada e hipoestrogenismo. 90 % es idiopática.

12 meses

Amenorrea consecutiva que define la **menopausia** (edad media 49 años), con FSH > 25 UI/L.

4–8 años

Duración de la **transición menopáusica**; la posmenopausia temprana abarca los primeros 5 años.

■ CONTROL PRENATAL

0.4 mg/día	Ácido fólico desde un mes antes del embarazo y durante el primer trimestre; 5 mg/día en casos especiales.
30–60 mg	Hierro suplementario a partir de las 20 SDG, para prevenir anemia materna.
150 mg/día	Ácido acetilsalicílico desde las 12 SDG en riesgo de preeclampsia.
11–13.6 SDG	Ultrasonido para aneuploidías ; 18–22 SDG para anomalías estructurales; 32–36 SDG para crecimiento fetal.
24–28 SDG	Tamizaje universal de diabetes gestacional con curva de tolerancia; la diabetes pregestacional se busca antes de las 13 SDG.
5–6 SDG	Edad desde la que la ecografía diagnostica el embarazo; la medición del primer trimestre (hasta 12 SDG) es la más precisa para fechar.
< 200 mg/día	Cafeína máxima; ingesta de líquidos de 2.3 L/día y omega-3 de 500–1 000 mg/día desde las 12 SDG.
60–150 min/semana	Ejercicio aeróbico en embarazo de bajo riesgo, sin superar 30 minutos al día.
10 movimientos / 2 h	Umbral mínimo de movimientos fetales ; su ausencia por más de 2 horas después de las 28 SDG es dato de alarma.

■ DATOS DE ALARMA OBSTÉTRICA

≥ 140/90 mmHg	Presión arterial elevada como signo de alarma.
> 2 kg/semana	Ganancia de peso de alarma; en el tercer trimestre basta > 0.5 kg/semana .
> 110 mg/dL	Glucemia de alarma, o curva de tolerancia anormal.
< 11 g/dL	Hemoglobina que define anemia en el embarazo.
> 6 al día	Vómitos que constituyen dato de alarma; contractilidad dolorosa antes de las 37 SDG también.
0.18 / 0.54 / 0.49	kg/semana: ganancia de peso esperada en el 1er, 2º y 3er trimestre .

■ TRABAJO DE PARTO

< 5 cm	Dilatación de la fase latente ; la fase activa va de 5 cm a la dilatación completa.
20 / 14 horas	Duración máxima del primer periodo en primípara y multípara .
1.2 / 1.5 cm/h	Velocidad mínima de dilatación en primípara y múltipara.
cada 4 horas	Tacto vaginal en fase activa; contracciones cada 30–60 min y FCF cada 15–30 min (cada 5 min en el segundo periodo).
2 horas	Sin modificaciones cervicales: dilatación estacionaria , indicación de manejo activo con amniotomía u oxitócicos.
2 / 3 horas	Duración máxima del expulsivo en nulípara sin y con anestesia regional; en múltipara, 1 y 2 horas.
110–160 lpm	Frecuencia cardíaca fetal normal; fuera de ese rango hay sufrimiento fetal.
> 60 segundos	Pinzamiento tardío del cordón; se pinza de inmediato en DPPNI, placenta previa, rotura uterina o asfisia neonatal.

5–30 minutos

Duración del **alumbramiento**. Revisión puerperal inmediata cada 15 min la primera hora y cada 30 min hasta completar 2 h.

■ INDUCCIÓN Y CESÁREA**Bishop ≥ 6**

Cérvix **favorable**: se puede inducir directamente. Con < 6 puntos se requiere maduración cervical previa.

40–41 SDG

Edad gestacional en que se indica el **despegamiento de membranas**.

< 4 000 g

Peso fetal estimado que permite conducción del trabajo de parto en presentación cefálica con FCF reactiva.

10–15 %

Tasa de **cesárea** que la OMS considera justificable; en México supera el 50 % de los nacimientos.

2 g

Ampicilina (o cefalosporina de 1º) como profilaxis antes de la cesárea.

> 4 000 g

Peso fetal asociado a **desgarro perineal**; ocurren en 1 % de los partos y 75 % en el primero.

3a / 3b

Desgarro de < 50 % y > 50 % del grosor del esfínter anal externo.

■ PARTO PRETÉRMINO**< 37 SDG**

Define el parto pretérmino (antes de 259 días). Contribuye hasta al 70 % de la mortalidad perinatal mundial.

< 25 mm a 20–24 SDG

Longitud cervical de riesgo; < 15 mm a las 14–15 SDG es criterio de alto riesgo.

> 50 ng/mL

Fibronectina fetal positiva en secreción cervicovaginal.

4 en 20 min

Contracciones (o > 8 en una hora) con cambios cervicales: trabajo de parto pretérmino.

< 3 cm / < 50 %

Dilatación y borramiento con índice de Gruber < 5: amenaza, candidata a **tocólisis**.

12 mg × 2 dosis

Betametasona IM cada 24 h para maduración pulmonar (< 34 SDG); o dexametasona 6 mg cada 12 h, 4 dosis.

< 32 SDG

Edad en que se indica **sulfato de magnesio** para neuroprotección fetal; indometacina como tocolítico (nifedipino si es > 32 SDG).

34 SDG

Momento de retirar el **cerclaje** y límite de la progesterona vaginal profiláctica.

■ RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**< 23 SDG**

RPM **previable**: se interrumpe la gestación.

24–34 SDG

Manejo **conservador**: corticoides, antibiótico (amoxicilina y eritromicina), vigilancia y sulfato de magnesio si es < 32 SDG.

> 34 SDG

Interrumpir la gestación, igual que ante compromiso fetal.

10 % / 3 %

Frecuencia de la RPM en general y de la **pretérmino**, responsable de un tercio de los nacimientos pretérmino.

16–32 %

Recurrencia de la RPM en embarazos posteriores; se asocia a 10 % de la mortalidad perinatal.

■ LÍQUIDO AMNIÓTICO Y BIENESTAR FETAL**800 mL**

Volumen normal de líquido amniótico a las **34 SDG**.

< 500 mL

Oligohidramnios entre las 32 y 36 SDG; el índice de Phelan > 25 define polihidramnios (> 2 000 mL).

500–750 mL

Volumen de la **amniocentesis evacuadora** en polihidramnios sintomático.

110–160 lpm

Línea basal de la FCF; la **variabilidad** se valora en ventanas de 10 minutos.

> 15 lpm / 15 s	Amplitud y duración mínimas de una aceleración o desaceleración significativa.
> 5 en 10 min	Taquisistolia ; el tono basal normal es de 8–12 mmHg y la intensidad contráctil útil, de 30–50 mmHg.
■ ALOINMUNIZACIÓN RH	
300 µg (1 500 UI)	Inmunoglobulina anti-D a las 28 SDG en la embarazada Rh negativo no aloinmunizada, y de nuevo tras el parto.
150 µg / 72 horas	Dosis en aborto o amenaza de aborto antes de las 12 SDG , dentro de las primeras 72 horas.
0.1 mL	Volumen de eritrocitos Rh positivos que basta para sensibilizar a la madre.
cada 3 semanas	Repetición del Coombs indirecto ; los títulos se siguen mensualmente hasta las 24 SDG y luego cada 2 semanas.
□ PUERPERIO	
42 días	Duración del puerperio (6 semanas), hasta revertir los cambios gestacionales.
1 000 g → < 100 g	Peso uterino en el puerperio inmediato y a las 4 semanas; la involución tarda de 2 a 4 semanas.
5–6 kg	Pérdida de peso por la evacuación uterina y la hemorragia; el peso pregestacional se recupera hacia los 6 meses.
24–48 horas	Tiempo que el gasto cardíaco permanece elevado; vuelve a valores pregestacionales en 10 días.
primeros 10 días	Ventana de la endometritis puerperal : ampicilina con gentamicina, agregando clindamicina 900 mg IV c/6 h si hubo cesárea.
2–4 días	Inicio del baby blues , que se resuelve en 2–3 semanas. La depresión posparto exige 2 semanas de síntomas y aparece hasta 12 meses después.
9 % → 13.8 %	Prevalencia de depresión posparto inicial y a las 6 semanas; se tamiza con la escala de Edimburgo (últimos 7 días).
□ INFECCIÓN URINARIA Y VIH EN EL EMBARAZO	
500 mg c/8 h × 7 d	Amoxicilina en infección urinaria baja; nitrofurantoína 100 mg c/6 h por 7–10 días. Sin mejoría en 7 días, referir.
20–30 %	Riesgo de pielonefritis si la bacteriuria asintomática (10 % de las embarazadas) no se trata. <i>E. coli</i> en 86 %.
1 g IV c/24 h	Ertapenem por 10–14 días en pielonefritis del embarazo; ceftriaxona 2 g IV c/24 h como alternativa.
> 1 000 copias/mL	Carga viral (o desconocida) que indica cesárea electiva a las 38 SDG en VIH.
2 mg/kg IV	Zidovudina intraparto: 3 horas antes de la incisión en cesárea programada, o desde el inicio del trabajo de parto.
0.14 %	Riesgo de transmisión vertical con carga viral indetectable , frente a 22 % sin tratamiento.
> 8 semanas	Edad gestacional a partir de la cual se recomienda el efavirenz .

Riesgo obstétrico

10 temas · 69 cifras

25

■ TRASTORNOS HIPERTENSIVOS: DEFINICIONES

≥ 140/90 mmHg	En 2 tomas con 4 horas de diferencia . Antes de las 20 SDG es crónica ; después, gestacional o preeclampsia.
≥ 300 mg/24 h	Proteinuria significativa (estándar de oro), o relación proteína/creatinina ≥ 0.28, o tira reactiva ≥ 1+ (requiere confirmación).
≥ 160/110 mmHg	Corroborada a los 15 minutos: criterio de severidad , junto con datos de daño a órgano blanco.
Plaquetas < 100 000	Criterio de severidad, igual que creatinina > 1.1 mg/dL, transaminasas al doble o edema agudo pulmonar.
12 semanas	Plazo posparto: si la hipertensión gestacional se normaliza es transitoria ; si persiste, crónica.
1 de cada 10	Gestaciones complicadas por hipertensión: es la principal causa de muerte materna en México (15.1 %).

■ PREECLAMPSIA: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

100 mg nocturnos	Aspirina (rango 80–150 mg) iniciada antes de las 16 SDG : reduce el riesgo de preeclampsia.
1.5–2 g/día	Calcio suplementario cuando la ingesta dietética es baja (≤ 600 mg/día).
< 140/90 mmHg	Meta en preeclampsia sin severidad , con vigilancia de TA cada 4–6 horas y control de plaquetas, transaminasas y creatinina.
250–500 mg c/6 h	Alfametildopa ; hidralazina oral 25–50 mg c/6 h; nifedipino 20–60 mg c/24 h.
≥ 160/110 mmHg	Crisis: nifedipino oral de elección, o hidralazina o labetalol IV.
4 g + 1 g/h	Esquema Zuspan : sulfato de magnesio IV en 30 min y luego infusión por 24 horas para prevenir eclampsia.
38–39.6 SDG	Momento de resolución en preeclampsia sin severidad , favoreciendo la vía vaginal.
6 semanas	Control posresolución: verificar cifras tensionales y proteinuria de 24 horas.

■ ECLAMPSIA Y SÍNDROME HELLP

4–6 g IV en 5 min	Sulfato de magnesio seguido de 1 g/h por 24 h tras la última convulsión; en recurrencia, 2–4 g IV en 10 min.
5–7 mEq/L	Niveles séricos terapéuticos de magnesio; por encima de 7 se suspende y se administra gluconato de calcio .
1–2 minutos	Duración de la convulsión tónico-clónica autolimitada. Riesgo global de eclampsia del 1 %; en 15–30 % no hubo hipertensión previa.
AST/ALT > 70 UI/L	O más del doble del límite superior, con bilirrubina > 1.2 mg/dL , DHL elevada y plaquetas < 100 000: síndrome HELLP.
10–20 %	Frecuencia del HELLP en preeclampsia severa o eclampsia; 70 % aparece antes del parto y el resto en las primeras 48 h posparto.
7–10 %	Desprendimiento placentario tras una eclampsia.

■ HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

500 / 1 000 mL	Pérdida que define hemorragia posparto por vía vaginal y por cesárea, o cualquier pérdida con inestabilidad.
> 1 000 mL	Pérdida acumulada que define hemorragia obstétrica , sea cual sea la vía de resolución.
3 horas	Ventana para el ácido tranexámico desde el inicio de la hemorragia; la dosis se repite a los 15 minutos si persiste.
5 UI IV lenta	Oxitocina , con segunda dosis de 40 UI en 500 mL de solución isotónica a 125 mL/h.
0.5 mg IM/IV	Ergonovina , evaluando efecto a los 15 min; máximo 1 mg. Contraindicada en hipertensión.
< 8 mmHg	Tono uterino que define atonía , primera causa de hemorragia posparto (75–80 %).
60 %	De las hemorragias posparto ocurre sin factores de riesgo identificables.

■ CHOQUE HEMORRÁGICO OBSTÉTRICO

45 %	Aumento del volumen sanguíneo materno (1 200–1 600 mL): por eso la clínica aparece tarde, con pérdidas del 20–25 % .
> 40 %	Pérdida con datos de severidad: requiere hemoderivados de inmediato .
Índice de choque > 0.9	Frecuencia cardíaca sobre presión sistólica: marcador de gravedad. > 1.7 indica choque severo.
30 mL/kg	Cristaloides (Hartmann) en la reanimación inicial; coloides a 20 mL/kg.
Hb > 7 g/dL	Meta transfusional, con fibrinógeno > 200 mg/dL y plaquetas > 50 000/mm ³ .
PAM > 60 mmHg	Meta hemodinámica, con PAS > 80 mmHg, índice de choque < 0.9 y SatO ₂ > 90 %.
< 0.5 mL/kg/h	Volumen urinario de alarma; < 0.3 mL/kg/h en choque severo, con lactato > 4 mmol/L y Glasgow < 10.

■ ABORTO

< 20 SDG	O feto de menos de 500 g: define aborto . Temprano antes de las 12 SDG (80 % de los casos) y tardío de 12 a 20.
cada 48 horas	Medición seriada de β-hCG : en embarazo viable aumenta más de 66 %.
800 µg × 3 dosis	Misoprostol oral cada 3–4 horas: éxito del 87–93 %; la expulsión ocurre en 24 h (hasta 72 h).
< 11 cm	Altura uterina con dilatación cervical < 1 cm: indicación de AMEU .
> 200 mL / 2 h	Hemorragia que obliga a intervenir. Doxiciclina 100 mg antes y 200 mg después del procedimiento.
48 horas	Reposo recomendado tras el cese del sangrado en amenaza de aborto; incidencia del 20–25 % de los embarazos.
< 5 ng/mL	Progesterona asociada a muerte fetal. El 50 % de las pérdidas tempranas se debe a anomalías cromosómicas (trisomía 16 la más común).

■ EMBARAZO ECTÓPICO

95 % tubárico	La ampolla es el sitio más común (70 %). Incidencia general del 0.8–2 %.
> 1 500 mUI/mL	β-hCG con la que ya debe verse saco gestacional por ultrasonido transvaginal ; > 6 500 por vía abdominal.
< 1 000 mUI/mL	β-hCG descendente con masa anexial < 2 cm: candidata a manejo expectante .
< 35 mm	Masa ectópica sin latido tratable con metotrexato ; por encima o con β-hCG > 3 000 mUI/mL, cirugía.
> 4 semanas	Amenorrea de la tríada clásica, con dolor abdominal y sangrado escaso y oscuro; masa anexial palpable en 50 %.

■ PLACENTA Y CORDÓN

< 2 cm del OCI	Borde placentario que define inserción baja ; la placenta previa cubre el orificio cervical interno.
32 SDG	Edad gestacional a partir de la cual se diagnostica placenta previa ; el ultrasonido endovaginal tiene S 95 % y E 93 %.
34 SDG	Cesárea electiva en placenta previa estable; si hay sangrado activo o inestabilidad, cesárea inmediata.
3 · 11 · 40 · 61 %	Riesgo de acretismo según el número de cesáreas previas (1, 2, 3 y 4).
< 1 mm	Grosor miometrial retroplacentario: signo ecográfico de acretismo, junto con lagunas de flujo turbulento.
< 2 cm del OCI	Vasos fetales que definen vasa previa ; mortalidad perinatal del 60–100 % si se rompen. Hospitalizar entre las 30 y 34 SDG y resolver a las 34–36.
3–10 / 1 000	Incidencia del DPPNI ; 50 % ocurre en pretérmino. Ultrasonido con S 80 % y E 92 %; grosor placentario > 5 cm.

■ DIABETES GESTACIONAL

< 92 mg/dL	Glucosa de ayuno normal en la primera cita (< 13 SDG); de 92 a 125 obliga a confirmar diabetes pregestacional.
92 / 180 / 153	mg/dL: cortes en ayuno, 1 h y 2 h de la CTOG de 75 g (método de un paso). Basta un valor alterado.
≥ 140 mg/dL	Glucemia a la hora de la carga de 50 g (135 en alto riesgo): pasar al segundo paso con CTOG de 100 g.
105 / 190 / 165 / 145	mg/dL: cortes en ayuno, 1, 2 y 3 h de la CTOG de 100 g; se requieren dos valores alterados.
< 95 / < 120 mg/dL	Metas en ayuno y a las 2 h posprandiales ; se evalúan tras 2 semanas de terapia nutricional.
82–93 %	Se controla sólo con terapia nutricional : 40–45 % carbohidratos, 10–20 % proteínas y < 40 % grasa.
24–72 horas	Glucemia en ayuno posnatal; se reclasifica a las 6–12 semanas con CTOG de 75 g y luego cada 1–3 años.

□ OTRAS COMPLICACIONES

> 5 % del peso	Pérdida ponderal pregestacional en hiperémesis gravídica , con deshidratación y alteraciones metabólicas.
PUQE < 6 / 7–12 / > 13	Náusea y vómito leve, moderado y severo .
> 15 000 leucocitos	Con > 5 % de bandas: reacción inflamatoria en corioamnionitis . Tratamiento: ampicilina más gentamicina IV por 7–10 días.
< 15 mm a 13–15 SDG	O < 25 mm a las 16–21.6 SDG : insuficiencia cervical. Causa 25 % de las pérdidas del segundo trimestre.
22 SDG / 500 g	Umbral que definen muerte fetal ; 85 % inicia trabajo de parto espontáneo en las primeras 3 semanas.
2 veces/semana × 3	Control de biometría y coagulación tras muerte fetal retenida (riesgo de CID del 10 %).
0.2–1.5 %	Incidencia de ruptura uterina tras incisión transversa; 90 % ocurre en trabajo de parto, con pico a los 4–5 cm de dilatación.
> 50 000 mUI/mL	β-hCG en enfermedad trofoblástica ; seguimiento semanal hasta negativizar, mensual 6 meses y bimestral otros 6, con anticoncepción 6–12 meses.
< percentil 10	Peso fetal estimado que define restricción del crecimiento , principal factor de riesgo de muerte fetal.

■ REANIMACIÓN PEDIÁTRICA (PALS)

1/3 del diámetro AP	Profundidad de las compresiones, a 100–120 por minuto , cambiando reanimador cada 2 minutos.
15:2 / 30:2	Relación con dos reanimadores y con uno solo , en ciclos de 2 minutos.
1 cada 2–3 s	Ventilaciones con vía aérea avanzada y compresiones continuas; sin paro, 1 ventilación cada 6 segundos.
0.01 mg/kg	Adrenalina IV/IO cada 3–5 min (0.1 mg/kg por vía endotraqueal).
5 mg/kg	Amiodarona IV/IO en FV o TV sin pulso, repetible hasta 3 veces; lidocaína 1 mg/kg de carga.
70–75 %	Saturación venosa central normal en el niño.

□ CRECIMIENTO DEL NIÑO SANO

10 % / 15 días	Pérdida ponderal fisiológica de la primera semana y plazo para recuperar el peso al nacer .
30 g/día	Ganancia en el primer mes (750 g); crece 3–4 cm en los primeros 30 días.
5 / 12 / 24 meses	Edades en que duplica, triplica y cuadruplica el peso de nacimiento.
76 / 86 cm	Talla al año (2.1 cm/mes) y a los 2 años (1 cm/mes); a los 4 años duplica la talla de nacimiento (~101 cm).
5–7.6 cm/año	Velocidad de crecimiento del escolar hasta la pubertad.
34 → 37.5 cm	Perímetro cefálico al nacer y a los 30 días (0.5 cm por semana).
6 / 18 meses	Cierre de la fontanela posterior y de la anterior .
2 / 6–12 / 1 / 1	Consultas de niño sano: 2 en los primeros 30 días, 6–12 el primer año, semestral de 1 a 4 años y anual desde los 5.

□ TAMIZAJES DEL PRIMER AÑO

400 UI/día	Vitamina D desde los primeros días hasta los 12 meses, sea cual sea la forma de alimentación.
3 / 6 meses	Detectar la hipoacusia antes de los 3 meses e iniciar tratamiento antes de los 6.
9–12 meses	Tamizaje de deficiencia de hierro sin factores de riesgo; entre los 6 y 9 meses si los hay.
6 meses	Edad límite para el descenso testicular; criptorquidia persistente se refiere a cirugía.
3–5 días de vida	Toma del tamiz neonatal para hiperplasia suprarrenal, evitando falsos positivos por la 17-OHP fisiológica.
cada 30 días	Vigilancia estrecha ante factores de riesgo, desnutrición o talla baja.

□ HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

TSH > 20 mUI/L	En papel filtro: tamiz positivo , se confirma con perfil tiroideo (TSH > 4.0 y T4 total < 4 µg/dL).
TSH > 40 mUI/L	En papel filtro: iniciar levotiroxina de inmediato , sin esperar la confirmación.
3–12 días	Ventana para tomar el tamiz (punción en borde lateral del talón, desechando la primera gota).
< 15 días de vida	Plazo para iniciar el tratamiento y evitar secuelas neurológicas.

85 %

La **disgenesia tiroidea** como causa: ectopía 57 %, agenesia 35 %, hipoplasia 5 %.

■ CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

20–25 %

La **CIV** como cardiopatía congénita más frecuente del mundo; perimembranosa en 70–80 %. La mitad de las pequeñas cierra sola el primer año.

10–15 %

La **CIA**; el ostium secundum representa 70 % de ellas. Se cierra si el cortocircuito Qp/Qs es > 1.5:1.

> 20 mmHg

Gradiente transcoartación que indica intervención en la **coartación aórtica**, asociada a válvula bicuspíde en 85 %.

> 6 semanas

Persistencia del conducto arterioso tras el nacimiento: **PCA**. En términos cierra en 48 h el 85 % y en 96 h el 100 %.

10–12 kg / 2 años

Momento del cierre electivo del PCA pequeño; indometacina o ibuprofeno tienen efectividad ≥ 70 %.

50 %

La **tetralogía de Fallot** como cardiopatía cianótica más común después del primer año; antes predomina la transposición de grandes vasos.

25 % / 70 %

Mortalidad de la tetralogía sin cirugía en el primer año y antes de los 10 años; con cirugía correctiva, supervivencia del 94 % al año.

25–30 %

Aumento del riesgo de cardiopatía congénita en **cromosomopatías** (trisomías 21, 18, 13, Turner).

□ ANEMIA FERROPÉNICA INFANTIL

< 11 g/dL

Hemoglobina que define anemia de los **6 meses a 5 años**; 11.5 de 5 a 12 años y 12 de 12 a 15 años.

1–3 mg/kg/día

Sulfato ferroso en deficiencia de hierro sin anemia, por 3 meses.

3–6 mg/kg/día

Sulfato ferroso en anemia ferropénica, por 3 meses, continuando 3 meses más tras normalizar la hemoglobina.

38 %

Prevalencia máxima de anemia infantil en México, entre los **12 y 23 meses**.

□ DESARROLLO Y NEURODESARROLLO

3 meses

Sin sostén cefálico, manos empuñadas o sin sonrisa social: **alarma**. A los 5 meses, sin rodamiento.

18 meses

Sin deambulación: señal de alarma. A los **24 meses**, estereotipias verbales o ausencia de juego simbólico.

36 meses

Lenguaje incomprensible a esta edad: alarma. El trastorno autista inicia **antes de los 3 años**.

M-CHAT 18–24 meses

Herramienta de confirmación de sospecha de autismo; la Escala Autónoma se usa en mayores de 5 años para Asperger.

2–4 meses

Edad en que desaparecen progresivamente los **reflejos primitivos**.

□ PUBERTAD

< 8 / < 9 años

Pubertad precoz: telarquía en niñas y aumento testicular en niños antes de esas edades (prevalencia 2 %).

12–13 / 13–14 años

Pubertad retrasada: sin desarrollo mamario o sin volumen testicular ≥ 4 mL. Afecta al 2–5 % de los adolescentes.

≥ 13.4 años

Edad media de la **menarquia** y de la espermarquia.

11–12 años

Edad ósea desde la que se inicia la terapia hormonal gradual ante impacto psicosocial o hipogonadismo; seguimiento semestral.

■ PROBLEMAS FRECUENTES DEL LACTANTE

3-12 meses	Edad de la regurgitación funcional (≥ 2 episodios diarios), con pico a los 3-4 meses y resolución al año.
> 7 %	Tiempo con pH < 4 en la pHmetría de 24 h que se considera anormal. La posición prona en < 12 meses aumenta el riesgo de muerte súbita.
cada 2-4 horas	Cambio de pañal (cada 2 h en el recién nacido) para prevenir dermatitis del pañal , que afecta al 25-65 % de los lactantes.
72 horas / 7 días	Sin mejoría o con más de una semana de evolución: referir a segundo nivel. Óxido de zinc o dexpantenol al 5 % como barrera.
3-7 días	Polietilenglicol oral para desimpactación en estreñimiento funcional; mantenimiento por más de 7 días. Enemas contraindicados en < 2 años.
> 48 horas	Retraso en la expulsión del meconio : dato de alarma que obliga a descartar causa orgánica.
1-3 años	Edad de mayor frecuencia de aspiración de cuerpo extraño ; la radiografía muestra hiperclaridad en 42 %.

■ MALTRATO INFANTIL

< 4 meses	Hematoma en cualquier región a esa edad es sospechoso (regla TEN-4: S 97 %, E 84 %).
< 3 meses	Con apnea, vómito sin diarrea, convulsiones o hematomas: solicitar TAC de cráneo .
< 18 meses	Fractura femoral sin mecanismo claro: signo de abuso, igual que las costales a cualquier edad.
0.5-1 cm	Quemaduras por cigarrillo: múltiples, circulares, delimitadas y de tercer grado.
6 de cada 10	Menores de 1 a 14 años en México ha sufrido algún castigo físico o psicológico en el hogar.

■ REANIMACIÓN NEONATAL

FC < 100 lpm

Con apnea o jadeo al minuto de vida: iniciar **ventilación con presión positiva** a 40–60/min y presión inicial de 20–25 cmH₂O.

FC < 60 lpm

Tras 30 segundos de VPP efectiva: iniciar **compresiones** en relación 3:1 (90 compresiones y 30 ventilaciones por minuto) con FiO₂ al 100 %.

0.02 mg/kg

Adrenalina IV/IO (rango 0.01–0.03) si la FC sigue < 60 lpm; irrigar con 3 mL de salina y repetir cada 3–5 min.

15 segundos

Plazo en que el aumento de la **frecuencia cardíaca** confirma una ventilación efectiva.

60–65 % al minuto

SpO₂ preductal esperada; 65–70 % a los 2 min, 70–75 % a los 3, 75–80 % a los 4, 80–85 % a los 5 y **85–95 % a los 10 minutos**.

5 % / 2 %

De los recién nacidos de término requiere VPP y requiere intubación; 1–3 por 1 000 necesita reanimación avanzada.

□ VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

1 y 5 minutos

Momentos de la valoración de **Apgar**; el puntaje se relaciona inversamente con la mortalidad en los primeros 28 días.

Silverman 1–3

Dificultad respiratoria **leve**; 4–6 moderada y **≥ 7 grave**. Se valora rutinariamente a los 10 minutos de vida.

< 37 / > 42 SDG

Recién nacido **pretérmino** y **postérmino**. Extremo < 28 SDG, muy prematuro 28–32, moderado a tardío 32–36.

Ballard modificada

Mejor escala para estimar la **edad gestacional**; el índice somático es la prueba más sensible del estado de salud.

FR 40–60 / FC 100–160

Signos vitales normales del recién nacido, con SpO₂ de 86–95 % evitando fluctuaciones.

< 1 500 g

Peso que obliga a incubadora humidificada de doble pared; pasa a cuna abierta al alcanzar 1 600 g.

■ TAMIZ NEONATAL

3º al 5º día

Toma del **tamiz metabólico** por punción en cara externa del talón, desechando la primera gota; nunca antes de las 24–48 h.

TSH > 20 mUI

Tamiz **positivo**: solicitar perfil tiroideo. Con **TSH > 40 mUI** se inicia levotiroxina sin esperar.

< 15 días de vida

Plazo para iniciar levotiroxina; el diagnóstico no debe retrasarse más de 2 semanas.

6–48 horas

Ventana del **tamiz cardíaco** por oximetría en mano derecha y pie.

> 95 % o dif. < 3 %

Resultado **normal**. Positivo: 90–94 % en cualquier extremidad o diferencia > 4 %; se repite en 1 hora.

< 90 %

SpO₂ preductal o posductal: **positivo inmediato**, referencia urgente.

< 1 mes / 3 / 6

Tamiz auditivo antes del mes, diagnóstico antes de los 3 meses e intervención antes de los 6.

■ ICTERICIA NEONATAL

> 5 mg/dL

Bilirrubina total a partir de la cual la ictericia es **visible**. Aparece en 60 % de los términos y 80 % de los prematuros.

< 24 horas	Ictericia de inicio en el primer día: siempre patológica , igual que la que persiste más de 10 días.
2º-3er día	Inicio de la ictericia fisiológica , que dura menos de 10 días y es de predominio indirecto.
4º-7º día	Inicio de la ictericia por leche materna , que puede durar de 3 a 12 semanas y no requiere tratamiento.
2-6 horas	Respuesta máxima esperada tras iniciar fototerapia; se mide bilirrubina antes de comenzar.
↓ 2.92 mg/dL	Descenso que permite suspender la fototerapia ; medir de nuevo a las 12-18 h por el rebote.
> 14.7 mg/dL	Nivel por encima del cual la escala de Kramer deja de ser confiable.
4-6 semanas	Vigilancia de anemia tardía tras exanguinotransfusión o hemólisis; la isoimmunización anti-D explica 90 % de los casos.

■ DIFICULTAD RESPIRATORIA

FR > 60 rpm	Con SatO ₂ < 88 % por más de 6 horas: taquipnea transitoria ; se autolimita entre 24 y 72 h.
60-80 / > 80 rpm	Frecuencia que indica alimentación por sonda orogástrica y ayuno , respectivamente (con < 60 rpm se permite succión).
88-95 %	Meta de saturación con oxígeno suplementario en taquipnea transitoria.
90 %	De los recién nacidos < 28 SDG presenta síndrome de dificultad respiratoria por déficit de surfactante.
L/E < 2:1	Relación lecitina/esfingomielina en líquido amniótico que indica inmadurez pulmonar .
< 2 horas de vida	Ventana para administrar surfactante endotraqueal (poractant alfa de primera elección).
≥ 6 cmH₂O	Presión inicial del CPAP nasal ; se intuba si requiere > 8 cmH ₂ O o no mantiene SpO ₂ con FiO ₂ > 50 %.
10-15 %	Frecuencia del líquido amniótico meconial (hasta 35 % después de las 42 SDG); 2-22 % desarrolla síndrome de aspiración.

■ ASFIXIA Y ENCEFALOPATÍA

pH < 7.0	En sangre de cordón, con déficit de base de 10-12 mmol/L : criterio de asfixia perinatal.
Apgar < 3 a los 5 min	Criterio de asfixia, junto con alteraciones neurológicas y falla orgánica múltiple.
33.5-35 °C	Hipotermia terapéutica , indicada en las primeras 6 horas de vida en ≥ 35 SDG.
60 % / 25 %	Mortalidad de la encefalopatía y proporción de sobrevivientes con discapacidad. Se gradúa con la escala de Sarnat .
90-95 %	Meta de saturación durante la estabilización, evitando la hiperoxia.

□ PREMATURO Y SUS COMPLICACIONES

> 20 segundos	Pausa respiratoria que define apnea (o menor con bradicardia o cianosis); frecuente en < 34 SDG.
20 + 5 mg/kg	Citrato de cafeína : carga IV y mantenimiento diario, hasta las 43-44 semanas de edad posconcepcional.
3-7 días	Tiempo sin apneas requerido para el egreso, junto con control térmico y succión adecuada.
> 28 días	Requerimiento de oxígeno que define displasia broncopulmonar , valorada a las 36 SDG corregidas.
< 1750 g / ≤ 34 SDG	Criterios de tamizaje de retinopatía del prematuro ; si es positivo, enviar a oftalmología en las primeras 4 semanas.
72 horas	Plazo para la fotocoagulación con láser desde el diagnóstico de ROP; seguimiento de 2 a 5 años.
< 1500 g	Peso de riesgo para enterocolitis necrosante ; la forma grave tiene mortalidad del 20-48 %.

□ MADURACIÓN PULMONAR ANTENATAL

12 mg × 2 dosis	Betametasona IM cada 24 horas, o dexametasona 6 mg cada 12 horas en 4 dosis.
24–34 SDG	Indicación principal: parto pretérmino, embarazo múltiple o ruptura prematura de membranas.
34–36.6 SDG	Con riesgo de parto en los próximos 7 días y sin corticoide previo: también se indica.
> 14 días	Tiempo desde el ciclo previo que justifica una dosis de rescate (ciclo único de 12 mg de betametasona).
12 horas / 5–7 días	Inicio y duración de la hiperglucemia transitoria materna tras el corticoide.

□ SEPSIS NEONATAL

< 7 días	Sepsis temprana según la GPC mexicana (< 72 h a nivel internacional); la tardía ocurre después.
RPM > 18 horas	Factor de riesgo mayor, junto con prematurez (35 %), corioamnionitis, hipoxia y obesidad materna.
< 35 / > 37.5 °C	Temperatura anormal; taquipnea > 60 rpm como signo sistémico.
0.5 mL por frasco	Volumen del hemocultivo , estándar de oro del diagnóstico.
PCR > 10 mg/L	Con relación bandas/neutrófilos > 0.2 y procalcitonina > 3 ng/mL como auxiliares.
11–19 %	Mortalidad de la sepsis neonatal; representa ~15 % de las muertes neonatales.

□ METABOLISMO Y HEMATOLOGÍA NEONATAL

< 45 mg/dL	Glucosa de hipoglucemia neonatal ; con 25–45 mg/dL se alimenta al seno materno 1–3 mL/kg/toma.
< 25 mg/dL	O paciente sintomático: bolo de glucosa al 10 % (2 mL/kg) seguido de infusión de 6–8 mg/kg/min.
48 horas	Duración máxima de la hipoglucemia transitoria ; si persiste hay que investigar la causa.
Hto ≥ 65 %	Policitemia neonatal (o hemoglobina > 22 g/dL); con > 75 % o síntomas, exanguinotransfusión parcial.
1 mg IM / 6 horas	Vitamina K profiláctica dentro de las primeras 6 horas de vida (0.5 mg en < 34 SDG).
2–12 semanas	Ventana de la enfermedad hemorrágica tardía : afecta el SNC hasta en 60 %. En hemorragia grave, plasma fresco 10–15 mL/kg.

□ PROBLEMAS DEL RECIÉN NACIDO

2–5 días	Aparición de la conjuntivitis neonatal ; profilaxis con eritromicina al 0.5 % en dosis única.
< 3 meses	Edad en que las maniobras de Ortolani y Barlow son útiles en displasia de cadera; después, limitación de la abducción y asimetría.
> 6 meses	Diagnóstico tardío de displasia de cadera: secuelas irreversibles . Arnés de Pavlik por ~3 meses en menores de 6 meses.
> 6 hemangiomas	Buscar compromiso visceral por ultrasonido; propranolol 1–3 mg/kg/día en lesiones desfigurantes o ulceradas.
PIO > 21 mmHg	Con asimetría de copa > 0.2: glaucoma congénito , que se diagnostica en el primer año en 80 %.
2–4 meses	Pico de incidencia de la muerte súbita del lactante .
7 días de vida	Inicio de la rehabilitación en lesión obstétrica del plexo braquial ; cirugía si a los 3 meses no hay función de deltoides, bíceps o tríceps.

Crecimiento y desarrollo

8 temas · 56 cifras

28

■ ESQUEMA DE VACUNACIÓN: CALENDARIO

Al nacer	BCG (0.1 mL intradérmica, deltoides derecho) y hepatitis B (0.5 mL IM) en las primeras 24 horas.
2, 4, 6 y 18 meses	Hexavalente acelular (DTPa-VPI-Hib-HB), 0.5 mL IM; el refuerzo puede darse 6–12 meses después de la tercera dosis.
2, 4 y 12 meses	Neumocócica conjugada , 3 dosis de 0.5 mL IM.
2 y 4 meses	Rotavirus monovalente, 2 dosis orales de 1.5 mL (la pentavalente va a los 2, 4 y 6 meses).
12 y 18 meses	SRP subcutánea; los nacidos antes de julio de 2020 reciben la segunda dosis a los 6 años.
4 años	Refuerzo con DPT ; no debe exceder los 6 años, 11 meses y 29 días.
6–59 meses	Influenza anual; las dos primeras dosis se separan por 4 semanas.
11 años	VPH (0.5 mL IM en deltoides no dominante) y esquema de hepatitis B en quien no lo recibió.

■ VACUNAS: REGLAS Y DETALLES

< 18 meses	Sitio de aplicación: tercio medio de la cara anterolateral del muslo ; a partir de los 18 meses, región deltoidea.
2.5 cm	Separación anatómica mínima cuando se aplican dos vacunas en el mismo miembro.
> 38.5 °C	Fiebre que contraindica temporalmente la vacunación.
6 horas	Tiempo máximo de uso tras reconstituir BCG (cepa Moscow) , SR y SRP; 4 horas para BCG cepa Tokio.
28 días	Vigencia de los frascos multidosis abiertos (DTP, Td, influenza, hepatitis B, neumocócica).
30 días / 7 días	Ventana en que suelen ocurrir los ESAVI y plazo hábil para notificarlos (24 horas si son graves).
< 2 000 g	Peso que contraindica la BCG ; los prematuros < 29 SDG reciben hepatitis B entre las 6 y 8 semanas de vida.
28 días	Tiempo que debe evitarse el embarazo tras la vacuna de sarampión ; tampoco vacunar si recibió hemoderivados en los últimos 11 meses.
> 8 meses	Edad que contraindica rotavirus ; la primera dosis antes de las 15 semanas reduce el riesgo de invaginación.
6 semanas	Antecedente de Guillain-Barré posvacunal que contraindica toxoide tetánico e influenza.

□ VACUNACIÓN EN EL EMBARAZO Y EL ADULTO

20 SDG	Edad gestacional mínima para TDPa , preferentemente entre las 27 y 36 SDG para máxima transferencia pasiva.
cada 10 años	Refuerzo con Td ; la serie primaria en no vacunados es de 3 dosis a los 0, 1 y 12 meses.
0.1 U/mL	Nivel protector de antitoxina diftérica y tetánica tras la serie primaria; disminuye hacia los 10 años.
≥ 10 mUI/mL	Anti-HBs considerado protector ; en hijo de madre HBsAg positiva, verificar a los 9–18 meses y revacunar si es menor.
hasta 39 años	Edad límite para completar SRP en adultos no vacunados (2 dosis con 4 semanas de intervalo).
95 % / 90 %	Metas del programa: cobertura por biológico y esquema completo en menores de 1 año.

■ LACTANCIA Y ABLACTACIÓN

6 meses	Lactancia exclusiva recomendada por la OMS; a esa edad se inicia la alimentación complementaria y se mantiene la lactancia hasta los 2 años.
5 días / 5–15 días	Duración del calostro y de la leche de transición ; después viene la leche madura.
3 días	Prueba de cada alimento nuevo, con intervalos de 2–3 días, para detectar alergias.
< 12 meses	Edad en que no se administra miel, por riesgo de botulismo del lactante.
3–4 h / 2 días / 5–6 meses	Conservación de la leche materna a temperatura ambiente, refrigerada en casa y congelada .
12–24 horas	Suspensión de la lactancia tras dosis única de 2 g de metronidazol .
7–22 %	Riesgo de transmisión de VIH por la lactancia; 40 % de la transmisión vertical ocurre por esa vía.

■ DESNUTRICIÓN

< 115 mm	Perímetro braquial (MUAC) de desnutrición severa en niños de 6 a 59 meses; 115–124 mm moderada y ≥ 125 mm normal.
< 70 % / < 85 %	Porcentaje de peso para la talla y de talla para la edad que indica desnutrición severa (Waterlow).
< 60 %	Peso para la edad de desnutrición severa (Gómez); leve 75–89 % y moderada 60–74 %.
100 / 130 mL/kg/día	Aporte hídrico con edema y sin edema en desnutrición grave.
11 mL/kg c/2 h	Inicio de la alimentación en la fase de estabilización, con proteína de 1–1.5 g/kg/día en ascenso gradual.
10–20 mg/día	Zinc durante 14 días en el niño con diarrea.
< 4 g/dL	Hemoglobina que obliga a referencia inmediata (o < 6 g/dL con dificultad respiratoria), igual que hipotermia < 35.5 °C o fiebre > 38 °C.
6–36 meses	Edad de mayor incidencia; la desnutrición causa indirectamente 45 % de las muertes en menores de 5 años.

□ DEFICIENCIAS VITAMÍNICAS

< 20 µg/dL	Retinol sérico que define deficiencia de vitamina A (< 0.70 µmol/L); 20–29.9 es marginal.
200 000 UI c/6 m	Vitamina A en niños de 12 a 59 meses; 100 000 UI de 6 a 11 meses y 50 000 UI en menores de 6 meses (dosis única).
400 / 600 UI/día	Dosis preventiva de vitamina D en menores de 2 años y en mayores, tras resolver el raquitismo (control radiológico a las 4 semanas).
300 mg/día	Nicotinamida en pelagra, dividida, por 3–4 semanas; la prevención requiere 15–20 mg/día de niacina.
3–5 mg/día	Tiamina oral por 6 semanas en beriberi; riboflavina 3–10 mg/día; piridoxina 5–25 mg/día.
100–200 mg/día	Ácido ascórbico en escorbuto, hasta por 3 meses.

□ OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO INFANTIL

P85 / P95 / P97	Percentil de IMC que define sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida . Se mide IMC a partir de los 2 años.
0.5 kg/mes	Meta de pérdida en niños de 2 a 11 años con IMC $> P99$; en adolescentes, hasta 1 kg por semana.
6 meses	Duración del programa multidisciplinario antes de considerar fracaso terapéutico.
> 1.5 horas	Tiempo de pantalla de riesgo; bebidas industrializadas > 240 mL/día también.

30–90 min × 3

Actividad aeróbica semanal como medida protectora, junto con lactancia materna y desayuno en casa.

10–16 años

Rango en que la FID define **síndrome metabólico** pediátrico: cintura $\geq$ P90, glucosa $\geq$ 100 mg/dL, TG $\geq$ 150, HDL $<$ 40 y TA $\geq$ 130/85.

□ **TALLA BAJA E INTOLERANCIA A LA LACTOSA**

< percentil 3

O < -2 DE: define talla baja. Valoración cada 4–6 meses según se ajuste o no al canal familiar.

± 5 cm

Margen sobre la talla diana familiar que delimita los percentiles 3 a 97 del potencial genético.

< 2 años

Edad ósea por radiografía de **pie y tobillo izquierdos**; a partir de los 2 años, mano no dominante.

80 %

De las tallas bajas son **variantes de la normalidad**: familiar, retraso constitucional o hipoprecimiento étnico.

1–3 horas

Latencia del dolor abdominal tras ingerir lactosa; la prueba contra-prueba retira la lactosa **2 semanas** y la reintroduce.

■ DIARREA AGUDA Y DESHIDRATACIÓN

> 3 en 24 h	Evacuaciones con disminución de consistencia: diarrea aguda . Se autolimita en 3–7 días (máximo 14).
> 14 días	Diarrea persistente (2 a 4 semanas); más de 4 semanas es crónica.
75 / 150 mL	Plan A: suero oral tras cada evacuación en menores y mayores de un año.
50–100 mL/kg / 4 h	Plan B: rehidratación oral fraccionada en 8 tomas cada 30 minutos.
100 mL/kg / 3 h	Plan C intravenoso: 50 mL/kg la primera hora y 25 mL/kg en cada una de las dos siguientes.
5 mg/día	Zinc: reduce la duración de la diarrea y los episodios de vómito.
> 3 vómitos/hora	O > 10 evacuaciones en 24 h: criterio de fracaso de la vía oral. Observación mínima de 4 horas.
> 6 % del peso	Pérdida que indica deshidratación grave ; del 1 al 5 % es leve–moderada. Llenado capilar > 2 s es signo de alarma.

■ INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS

< 2 años	Edad de la bronquiolitis , con pico entre los 3 y 6 meses; el VSR causa 80 % de los casos. Duración promedio de 12 días.
SpO ₂ < 90 %	Umbral para iniciar oxígeno, con meta de 90–94 % . También criterio de hospitalización, junto con edad < 3 meses.
Solución al 3 %	Salina hipertónica nebulizada: puede reducir la estancia hospitalaria.
24–48 horas	Revaloración ambulatoria, vigilando letargia, rechazo del alimento, apnea y cianosis.
> 72 horas	Neumonía que se manifiesta después del egreso hospitalario aún se considera adquirida en la comunidad .
> 15 000	Leucocitosis que orienta a etiología bacteriana; los virus explican hasta 79 % de las neumonías infantiles.
5 días	Revaloración tras iniciar amoxicilina oral en neumonía no severa; fiebre > 72 h con antibiótico adecuado es falla terapéutica.

■ LARINGOTRAQUEÍTIS Y EPIGLOTITIS

6 meses – 3 años	Edad típica del crup ; incidencia de 1.5 a 6 por cada 100 niños menores de 6 años.
Westley < 2 / 3–7 / 8–11	Gravedad leve , moderada y grave .
0.6 mg/kg	Dexametasona oral en cualquier gravedad; en el caso moderado, observar 2–4 horas.
L-epinefrina 1:1000	4 mL nebulizados (o racémica al 2.25 %) en el crup grave; budesónida 2 mg si hay vómito o dificultad severa.
SatO ₂ < 92 %	Umbral de oxígeno en crup. La radiografía muestra el signo de la aguja o torre en 50 %.
7–10 días	Cefalosporina de 3ª generación en epiglotitis (5 a 11 años). La cricotiroidotomía está contraindicada en menores de 2 años.

■ CRISIS FEBRILES Y FIEBRE SIN FOCO

3 meses – 5 años	Edad de las crisis febriles , con fiebre > 38 °C y sin infección intracraneal. Prevalencia del 2–5 %.
------------------	--

< 15 minutos	Crisis simple : generalizada, sin repetirse en 24 h y sin déficit. La compleja dura más, es focal o se repite.
> 5 minutos	Duración que obliga a tratar: diazepam 0.25–0.5 mg/kg o midazolam 0.05–0.3 mg/kg, repetible a los 5 min.
15–20 mg/kg	Fenitoína IV (máximo 1 g), a velocidad no mayor de 1 mg/kg/min.
30 %	Recurrencia en los primeros 6 meses tras la crisis inicial.
> 38 °C rectal	Define fiebre (axilar > 37.5 °C, timpánica > 38.2 °C). FOD : más de 7 días sin etiología pese al estudio.
< 3 meses	Edad en que la fiebre sin foco obliga a cultivar sangre, orina y LCR ; en < 3 años, hemocultivo y urocultivo.

□ INFECCIÓN URINARIA PEDIÁTRICA

> 10 000 UFC/mL	Por cateterismo vesical ; > 100 000 UFC/mL en bolsa recolectora.
> 5 leucocitos	Por campo: piuria en microscopía, método de elección en menores de 2 años ; en mayores, tira reactiva.
< 3 meses	Edad que obliga a manejo intrahospitalario con ampicilina y gentamicina.
48 horas	Persistencia de fiebre o mal estado tras iniciar tratamiento oral: criterio de ingreso.
10–24 semanas	Duración de la profilaxis antibiótica para prevenir recurrencias; TMP–SMX o nitrofurantoína en mayores de 6 semanas.
6 %	De los niños con infección urinaria desarrolla cicatrices renales , su complicación más grave. <i>E. coli</i> causa 60–80 %.

■ EXANTEMÁTICAS

7–21 días	Incubación del sarampión ; contagia desde 4 días antes hasta 4 días después del exantema.
24 / 48 horas	Notificación al SINAVE y toma de muestra sérica y exudado faríngeo en casos probables de sarampión.
↓ 83 %	Reducción de la mortalidad por sarampión con vitamina A (2 dosis) en menores de 2 años.
56–85 %	La neumonía como complicación más frecuente del sarampión; otitis media 7–9 %.
14–23 días	Incubación de la rubéola ; contagia desde 7 días antes hasta 5–7 días después del exantema. IgM en los primeros 35 días.
1–7 días	Incubación de la escarlatina ; fiebre > 39.5 °C por 2–4 días, en niños de 5 a 11 años. Penicilina por 10 días.
2–3 sem / 10 días	Aparición de fiebre reumática y de glomerulonefritis posestreptocócica tras la infección.
6–15 %	Crisis convulsivas durante la fase febril del exantema súbito ; sólo 25–30 % de los infectados desarrolla roséola.
2–14 días	Incubación de mano–pie–boca ; 90 % ocurre en menores de 5 años y el exantema desaparece en 5–10 días.

□ VARICELA Y MONONUCLEOSIS

< 24 horas	Ventana para iniciar aciclovir oral en varicela de riesgo (esteroides recientes, enfermedad crónica o ≥ 13 años).
80 mg/kg/día	Aciclovir en 4 tomas por 5 días de 1 mes a 18 años; en adultos, 800 mg cinco veces al día por 5–7 días.
< 96 horas	Plazo para la inmunoglobulina antivariela (125 UI por cada 10 kg) tras exposición de alto riesgo.

5 días antes / 2 después	Varicela materna en esa ventana alrededor del parto: máximo riesgo neonatal (30 % de mortalidad).
12–20 SDG	Ventana de mayor riesgo de síndrome de varicela congénita (ocurre en ~2 % de las varicelas maternas).
> 50 % / > 10 %	Linfocitosis y linfocitos atípicos en mononucleosis, con serología positiva para VEB.
4–6 semanas	Restricción de actividad física para evitar ruptura esplénica . Evitar aminopenicilinas: 80–100 % desarrolla exantema.

■ ENFERMEDAD DE KAWASAKI

> 39 °C	Fiebre en agujas de al menos 5 días: criterio obligado. El 82 % de los casos mexicanos ocurre en menores de 5 años.
> 1.5 cm	Adenopatía cervical , habitualmente unilateral, como criterio clínico.
2 g/kg	Inmunoglobulina IV con AAS 100 mg/kg/día, idealmente en los primeros 10 días .
2 semanas	Plazo para repetir la biometría (trombocitosis característica) y los reactantes de fase aguda.
25 %	De los no tratados desarrolla aneurismas coronarios .

□ TOS FERINA Y POLIOMIELITIS

7–10 días	Incubación de la tos ferina , con transmisibilidad de hasta 3 semanas; contagia al 80 % de los convivientes.
40–50 mg/kg/día	Eritromicina por 14 días; azitromicina 10–12 mg/kg/día por 5 días (elección en < 1 mes). Aislamiento por 5 días.
24 / 48 horas	Notificación epidemiológica y estudio con exudado al caso y contactos; brotes cada 3–4 años.
7–14 días	Incubación de la poliomielitis ; 95 % de las infecciones es asintomática y la mortalidad aguda es de 5–20 %.
14 días	Plazo para obtener muestra de heces desde el inicio de la parálisis flácida.

■ PARASITOSIS

400 mg DU	Albendazol en ascariasis y oxiuriasis (mebendazol 100 mg c/12 h por 3 días); repetir a las 2 semanas en oxiuros.
500 mg DU	Mebendazol en tricocefalosis, o albendazol 400 mg/día por 3 días.
50 % / 90 % / 99 %	Sensibilidad del test de Graham con 1, 3 y 5 muestras.
3–7 días	Cambio de ropa de cama por 3 semanas en oxiuriasis.
5–10 mg/kg	Prazicuantel en teniasis (niños y adultos), o albendazol por 3 días.
1–5 %	Permetrina en loción para pediculosis, aplicada 10 minutos y repetida a los 7–10 días; ivermectina 150–200 µg/kg como alternativa.
400 mg × 2/día	Albendazol por 8–10 días en triquinosis.

□ INFECCIONES CONGÉNITAS (TORCH)

70–100 %	Transmisión vertical de la sífilis primaria; 67 % en secundaria y 40–83 % en latente temprana. Mortalidad del 25–40 % sin tratamiento.
50 000 UI/kg	Penicilina G cristalina cada 8 h IV por 10–14 días en las primeras 4 semanas de vida; cada 24 h después.
3, 6, 12, 18 y 24 m	Control clínico, serológico y de LCR en sífilis congénita tratada.

10–24 SDG	Ventana de mayor riesgo de transmisión de toxoplasmosis ; PCR de líquido amniótico a las 18–20 SDG (S 70–80 %).
12 meses	Duración del tratamiento con pirimetamina, sulfadiazina y ácido folínico en toxoplasmosis congénita.
40 % / 10 %	Fetos infectados por CMV tras primoinfección materna y proporción sintomática; 90 % de los sintomáticos que sobreviven queda con secuelas.
< 11 SDG	Infección materna por rubéola con máximo riesgo de síndrome de rubéola congénita; el niño excreta virus hasta 27 meses.
30 mg/kg/día	Aciclovir IV cada 8 h por 14–20 días en herpes neonatal, que debuta entre los 5 y 10 días de vida (letalidad del 50 % en la forma diseminada).
□ ONFALITIS, CÓLERA Y OTRAS	
< 5 mm / > 5 mm	Área hiperémica periumbilical: tratamiento local frente a antibiótico IV y derivación . La fascitis necrosante tiene 60–85 % de mortalidad.
7–14 días	Caída normal del cordón umbilical; si tarda más de un mes, sospechar inmunodeficiencia celular .
regla de los cinco	Cólera sospechoso: > 5 años, > 5 evacuaciones en 24 h y cuadro de < 5 días. Notificación inmediata en 24 horas.
300 mg DU	Doxiciclina en cólera; azitromicina 1 g o ciprofloxacino como alternativas.
2–5 años	Edad del síndrome de piel escaldada estafilocócica; mortalidad < 5 % en niños y hasta > 60 % en adultos. Resuelve en 14 días sin cicatriz.

Cirugía pediátrica

8 temas · 48 cifras

30

□ ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DEL PÍLORO

2–8 semanas	Edad de presentación: vómito en proyectil, no biliar y posprandial . Es asintomática las primeras 2 semanas.
> 3–4 mm	Grosor del músculo pilórico por ultrasonido (estándar de oro), con longitud > 17 mm y diámetro total de 15–18 mm.
1–2 cm	Tamaño de la oliva pilórica palpable en epigastrio, signo patognomónico.
3 / 1 000 · 5:1	Incidencia y predominio en varones; principal causa de cirugía abdominal en menores de 2 meses y de alcalosis metabólica en pediatría.
48–72 horas	Tiempo para corregir la alteración hidroelectrolítica (hipokalemia y alcalosis) antes de la cirugía.
8 horas / 20 mL c/2 h	Ayuno posquirúrgico e inicio de la vía oral con técnica del vomitador, progresando hasta libre demanda.
< 3 mm	Grosor pilórico que se normaliza a los 6 meses del posoperatorio.

□ ATRESIAS DIGESTIVAS

10–11 cm	Distancia máxima que avanza la sonda nasogástrica en la atresia esofágica ; se sospecha prenatalmente a las 18 SDG con polihidramnios.
85 %	Tipo III (atresia con fístula distal), la variedad más frecuente; 90 % se asocia a fístula traqueoesofágica.
48 h / 5 días	Inicio de la vía oral y esofagograma de control tras la cirugía.
1 : 10 000	Incidencia de la atresia duodenal (25–40 % de las atresias intestinales); trisomía 21 hasta en 33 % y cardiopatía en 30 %.
80 %	De las atresias yeyunoileales no expulsa meconio en las primeras 24 h; el vómito aparece al día 1–2 con distensión marcada.
3–4 cm	Profundidad a la que no pasa la sonda en la atresia de coanas (1 por 7 000 nacidos); 50–70 % tiene otras malformaciones.

□ ATRESIA DE VÍAS BILIARES

< 60 días	Edad límite para la portoenterostomía de Kasai ; el pronóstico mejora si se opera antes de los 45–60 días.
> 14 días	Ictericia neonatal persistente que obliga a descartarla: es su principal causa quirúrgica.
> 2 mg/dL	Bilirrubina directa (> 20 % de la total) con acolia y coluria.
> 300 U/L	GGT elevada en 90 % de los lactantes afectados.
100 % en < 3 años	Mortalidad sin tratamiento quirúrgico. Es la indicación más común de trasplante hepático pediátrico.

□ OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DEL LACTANTE

5 meses – 3 años	Edad de la invaginación intestinal , la urgencia abdominal más común en menores de 2 años (1–4 por 1 000).
< 24 horas	Evolución en que el colon por enema es diagnóstico y terapéutico. Tras 10 horas de isquemia aparecen complicaciones.

80 %	Localización ileocecal . La tríada clásica es dolor paroxístico (80–90 %), vómito y evacuaciones en jalea de grosella.
> 48 horas	Retraso en expulsar meconio con distensión y vómito bilioso: sospecha de Hirschsprung .
1 : 500	Incidencia de la malrotación intestinal ; 75–85 % da síntomas en el primer año y más de la mitad en el primer mes.
regla de los 2	Divertículo de Meckel : 2 % de la población, 2 años al presentarse, 5 cm de largo y 60 cm de la válvula ileocecal.
> 2 cm	Tamaño mínimo de lesión para que la gammagrafía con Tc-99m confirme el divertículo de Meckel.

□ DEFECTOS DE PARED Y DIAFRAGMA

14 SDG	Edad gestacional en que el ultrasonido detecta onfalocele y gastrosquisis .
< 5 cm / > 5 cm	Defecto que permite cierre primario frente al que requiere cierre diferido con silo, ajustado cada 24 horas.
40–70 %	Malformaciones cardíacas asociadas al onfalocele; 30 % de los Beckwith–Wiedemann lo presenta.
1 : 3 000	Incidencia de la hernia de Bochdalek (80–85 % de las diafragmáticas, izquierda en 80 %); óbito fetal en 60 %.
24–48 horas	Ventana de estabilización antes de la cirugía en hernia diafragmática, para limitar la hipoxia y la hipertensión pulmonar.
48–72 horas	Plazo del cierre microquirúrgico de la espina bífida si no hay fuga de LCR; el ácido fólico pregestacional reduce el riesgo 70 %.

□ CRIPTORQUIDIA Y CIRCUNCISIÓN

1–3 % / 15–30 %	Frecuencia de criptorquidia en recién nacidos de término y en prematuros; 70 % desciende solo el primer año.
6 meses	Edad en que se refiere si persiste, y desde la que puede hacerse la orquidopexia (idealmente antes de los 12 y máximo a los 18 meses).
26 SDG	Edad gestacional en que los testículos comienzan a descender.
50 % → 89 %	Retracción del prepucio posible al año de vida y a los 3 años; la fimosis afecta al 8 % de los niños de 6–7 años.
2–10 %	Complicaciones posoperatorias de la circuncisión.

□ MALFORMACIONES ANORRECTALES

99 %	El ano imperforado entre las malformaciones anorrectales; la atresia rectal es el 1 %.
< 3 cm / > 3 cm	Canal común corto y largo en la cloaca: determina la complejidad quirúrgica.
90 % / 95 %	Casos en que la exploración perianal basta para definir el tipo de malformación en varones y mujeres.
67 % / 40.7 %	Anomalías urogenitales y cardíacas asociadas. Todos los casos se refieren a tercer nivel.

□ TUMORES SÓLIDOS PEDIÁTRICOS

2 años	Edad media al diagnóstico del retinoblastoma ; se presenta del nacimiento a los 6 años, con supervivencia global del 85 % a 5 años.
Leucocoria 56 %	Signo más frecuente, seguido de estrabismo (20 %). El reflejo rojo (prueba de Brückner) resulta negativo.
> 2 mm	Tamaño de tumor detectable por ultrasonido ocular , que además muestra calcificaciones.

gen RBI (13q14)

Implicado en 90 % de los casos; la forma bilateral tiene 50 % de riesgo de heredarse y de segundos tumores.

1-5 años

Edad del **tumor de Wilms** (media 44 meses); más de 80 % ocurre antes de los 5 años y > 90 % es unilateral.

Masa abdominal 75 %

Presentación más frecuente del nefroblastoma; 10 % tiene metástasis pulmonares al diagnóstico.

90 % / 70 %

Supervivencia del tumor de Wilms **localizado** y **metastásico** tratado.

20 meses

Edad media del **neuroblastoma**; 65 % es abdominal. Supervivencia a 5 años > 90 % en riesgo bajo y < 50 % en riesgo alto.

HASTA AQUÍ LAS CIFRAS

Ahora falta que se queden.

Leer una tabla de puntos de corte no es lo mismo que recordarla a los cuatro meses. La diferencia la hace el intervalo entre repasos, no el número de veces que la subrayas.

QUÉ HACE ENARMIIUM CON ESTAS CIFRAS

- **Repetición espaciada real.** Algoritmo FSRS con retención objetivo del 95 %: cada tarjeta regresa justo antes de que se te olvide.
- **Plan por semanas.** Dices cuántos días y cuántas horas; la app reparte las tarjetas nuevas y los repasos.
- **Simulador con formato oficial.** 280 reactivos, 77 segundos por reactivo, calificación comparable.
- **Competir.** Arcade de juegos clínicos para los días muertos: ACLS, toxíndromes, dermatoscopia, genética.

enarmium.com

—
≥ 6.5 %

—
< 4.5 h

—
3:1

—
> 10 mm

—
1 mg/kg

—
24–28 SDG

—
< 60 min

—
0.9 mg/kg

—
4:2:1

—
> 38.5 °C

Cifras de oro · Edición 2026. Compilado por ENARMIIUM a partir de las guías de práctica clínica vigentes en México. Documento de estudio: no sustituye la guía original, el criterio clínico ni la ficha técnica de ningún fármaco. Verifica toda dosis antes de prescribir. Distribución gratuita — si lo compartes, compártelo completo. enarmium.com