

# Nuevos métodos de aprendizaje

## Un caso clínico de autodiscusión

Dr. Enrique Rodón Martínez  
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Interna de la División de Estudios Superiores de la Fac. de Med. UNAM, en el Hosp. Ad. López Mateos ISSSTE.

### Instrucciones:

Esta es una Unidad de Autodiscusión diseñada para conocer situaciones específicas, tal como se presentan en la vida real. Constituye un tipo de material didáctico que, además de permitirle la valoración de su capacidad de detección y manejo de problemas, le instruye para que lo haga de manera adecuada si es que la desconoce. La unidad consta de tres partes principales que son:

1. La presentación del problema
2. La exposición de las posibilidades de manejo del problema
3. El análisis de las decisiones para el manejo del problema

La primera parte lo coloca ante un problema real y le proporciona todos los datos necesarios para que usted pueda empezar a tomar decisiones.

En la segunda parte, existe una serie de secciones colocadas en orden alfabético que presentan diferentes posibilidades de actuación; de entre ellas, usted deberá escoger la más conveniente para la solución del problema planteado. A menos que reciba indicaciones específicas, sólo podrá escoger una opción de las presentadas en cada sección. Una vez seleccionada la posibilidad que consideró adecuada, deberá pasar a la tercera parte de la unidad y revisar el párrafo que corresponda al número que se encuentra entre paréntesis al final de la opción escogida.

La tercera parte le proporcionará amplia información acerca de la repercusión que sus decisiones van teniendo sobre el problema que está manejando. Toda la información contenida en esta parte se encuentra separada en párrafos identificados con números que corresponden con los que se encuentran al final de cada una de las opciones de las diferentes secciones de la segunda parte. Para evitar que usted se distraiga con información que no ha solicitado, los párrafos están colocados en desorden y cada uno de

ellos contiene, además, todas las instrucciones necesarias para que pueda seguir adelante con el manejo del problema. Ponga mucha atención en el contenido de esta tercera parte, ya que no podrá pasar de una decisión a otra mientras no haya recibido indicaciones precisas.

#### **caso clínico-PRIMERA PARTE**

E.P.R., masculino de 56 años, casado, que acude a la sala de urgencias acompañado por su esposa y una hija, por presentar desde 15 días antes dolor cólico generalizado a todo el abdomen, de moderada intensidad, intermitente, más aparente con la ingestión de alimentos condimentados o bebidas alcohólicas, acompañado de evacuaciones pastosas de color café oscuro en número de 3-4 en las 24 horas, ocasionalmente mucosas, con pujo y tenesmo. Dos días después, se agrega fiebre cuantificada en 38 y 39°C por su hija que es enfermera, de predominio vespertino, cotidiana, seguida de diaforesis y precedida de calosfrío; además, mialgias y artralgias en ambas extremidades inferiores, al mismo tiempo que cefalea frontal pulsátil, de intensidad y duración variables, que cedía en forma espontánea o con la ingesta de "Neomelubrina". Fue visto por un médico quien le prescribió "Quemiciolina" una cápsula cada 6 horas mejorando francamente hacia el 5o. día de tratamiento en el que sólo persistía fiebre ocasional, hiporexia e hipostenia. Se le indicó que continuara su tratamiento durante siete días más. Un día antes de presentarse a la sala de urgencias reaparece el dolor en forma brusca y de gran intensidad, de predominio en epigastrio y mesogastrio, continuo, con estado nauseosos y escaso vómito de color amarillento en seis ocasiones, constipación y gran debilidad.

Al examen físico se encontró temperatura de 39.8°C; frecuencia respiratoria de

22 ×'; pulso 120 ×"; presión arterial 100/70 mm de Hg; consciente, quejumbroso, orientado en las tres esferas, conjuntivas pálidas, globos oculares hipotónicos, mucosas orales secas, los campos pulmonares bien ventilados y sin estertores. El área cardiaca dentro de límites normales; los ruidos cardiacos rítmicos sin fenómenos agregados. El abdomen ligeramente distendido con escasa red venosa toracoabdominal, sin hiperestesia ni hiperbaralgia; dolor intenso a la palpación profunda del abdomen, rebote y timpanismo generalizado; no había visceromegalia; ruidos peristálticos disminuidos en intensidad y frecuencia. Al tacto rectal se manifestaba dolor, el ápula rectal se encontró vacía y el tono del esfínter dentro de la normalidad; el tamaño y la consistencia de la próstata se catalogaron como normales.

El paciente, profesor de Primaria, pertenece a una familia de la clase media, baja. Su padre diabético murió a la edad, de 65 años, también son finadas su madre y dos hermanas. Vive con su esposa y dos hijas, la mayor de 20 años, aparentemente sanas. Sus hábitos higiénicos son buenos y su alimentación pobre en aporte protéico, debe comer varias veces a la semana en una lonchería cercana a la escuela donde trabaja. Fuma 16 cigarrillos diarios desde los 20 años. Ingiere bebidas alcohólicas desde hace 30 años llegando a la embriaguez una o dos veces por semana. Fue intervenido quirúrgicamente en abdomen a los cuarenta años por herida de arma de fuego habiéndosele resecado un segmento de intestino; su evolución postoperatoria fue aparentemente sin complicaciones. Padece constipación de cinco años de evolución alternando con periodos de diarrea con evacuaciones líquidas o pastosas por lo que ha sido tratado en varias ocasiones

con "Mebinol", la última vez hace 6 meses.

La hija del paciente trae consigo exámenes de laboratorio solicitados por el médico tratante y cuyos resultados se adjuntan:

Hbna. ....	15.2g
Hcto. ....	48
C.M. Hbna .....	32
Leucocitos .....	4,200
Linfocitos .....	48%
Segmentados .....	36%
En banda .....	10%

Glucosa .....	115 mg%
Urea .....	60 mg%
Creatinina .....	0.8

Tífico H. ....	1:320
Tífico O. ....	1:320

PASE AHORA A LA SECCION "D"

### SEGUNDA PARTE

SECCION "A". El tratamiento más efectivo en este caso es:

1. Médico (25)
2. Quimioterápico (14)
3. Radioterapéutico (22)
4. Observación exclusivamente (19)
5. Quirúrgico (07)

SECCION "B". El resultado del estudio practicado le permite hacer diagnóstico de:

1. Pancreatitis aguda (02)
2. Trombosis mesentérica (12)
3. Pielonefritis aguda (09)
4. Perforación intestinal (20)
5. Apendicitis aguda (05)

SECCION "C". En vista de su decisión y debido a las condiciones del paciente usted ordena:

1. Que pase a las salas de hospitalización (24)
2. Dieta líquida, antimicrobianos y analgésicos (16)
3. Hidratación parenteral y sonda nasogástrica (04)
4. Que pase a la Unidad de Cuidado Intensivo (11)
5. Que se aplique presión positiva intermitente (08)

SECCION "D". Desde el punto de vista clínico usted debe hacer diagnóstico de:

1. Síndrome de oclusión intestinal (15)
2. Tuberculosis peritoneal (03)
3. Síndrome abdominal agudo (10)
4. Alteración metabólica yatrogénica (23)
5. Síndrome de malabsorción (17)

SECCION "E". Para elaborar el diagnóstico diferencial usted ordena:

1. Arteriografía selectiva (01)
2. Radiografías de tórax y abdomen (13)
3. Peritoneoscopia (18)
4. Laparatomía exploradora (21)
5. Punción abdominal (06)

### TERCERA PARTE

#### Información

- (01) La arteriografía selectiva del tronco celíaco y mesentéricas se utiliza desde 1958 para el diagnóstico de las afecciones del páncreas, hígado, vasos mesentéricos, localización de sitios de sangrado, diferenciación del

sitio del sangrado en pacientes con hipertensión porta (várices del esófago o úlcera gastroduodenal concomitante), procesos tumorales y otras afecciones abdominales. Se realiza con el método de Seldinger y Odman que incluye la punción percutánea de la arteria femoral. Evidentemente el caso que nos ocupa no requiere la utilización de métodos como el señalado ya que en la etapa diagnóstica en que se encuentra no conviene arriesgar un estudio selectivo existiendo otros que dan información valiosa sobre la etiología del cuadro abdominal. (Odman, P.: *Percutaneous selective angiography of the celiac artery*. *Acta Radiol. (Supl.)* 1, 1958. Pollard, J.J.: *Abdominal angiography*. *New Engl. J. Med.* 279:1148, 1968).

(02) Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante. Es sin duda la pancreatitis la causa médica más importante de dolor abdominal agudo que puede inducir a la práctica innecesaria de cirugía. Por lo general el dolor se inicia bruscamente, aumenta rápidamente de intensidad, suele localizarse en la región epigástrica o en la parte superior del abdomen; en ocasiones irradia a los cuadrantes superiores e inferiores y a la región dorsal; a menudo, existe el antecedente de ingesta abundante de alcohol o comidas. Al examen físico lo más frecuente es encontrar datos de irritación peritoneal y signos que van desde el dolor a la palpación superficial, hasta la defensa franca con signo de rebote. La coloración azulada de la piel periumbilical (signo de Cullen) o la equimosis de flanco izquierdo (signo de Grey-Turner) sólo se observa en la forma hemorrágica y en una minoría de casos. El dato de laboratorio más útil es la elevación de la concentración de

la amilasa sérica que puede ser transitoria durando a veces tan sólo 24 horas y, en estas circunstancias, resulta útil la determinación de lipasa sérica que permanece elevada durante tiempo más prolongado. Las placas radiográficas de abdomen pueden demostrar la presencia de "asas centinelas", características de la dilatación del intestino delgado en la vecindad del páncreas inflamado por íleo paralítico segmentario. Las radiografías del tórax pueden demostrar derrame pleural que generalmente es del lado izquierdo. (Benks, P.A.: *Acute pancreatitis*. *Gastroenterology* 61:382, 1971. Geokas, M.C.: *Acute pancreatitis*. *Ann. Intern. Med.* 76:105, 1972).

Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

(03) La invasión tuberculosa del peritoneo es secundaria a la infección por bacilos ácidoalcoholresistentes de los linfáticos mesentéricos y depende de la rotura de uno de estos ganglios caseificados; también se debe a la enteritis causada por la ingestión de bacilos procedentes de lesiones pulmonares activas o de diseminación de una tuberculosis pélvica activa. La peritonitis tuberculosa no es frecuente en la actualidad por el empleo general de la pasteurización de la leche ya que, por lo general, ésta obedece a la contaminación por el bacilo tuberculoso bovino. La enfermedad es propia de niños y adultos jóvenes, los síntomas tienden a ser insidiosos al principio pero pueden presentarse en forma aguda con dolor abdominal, fiebre y leucocitosis periférica que puede dar lugar a confusión con peritonitis piógena. La ascitis es un dato destacado y, con frecuencia, se observa peritonitis tuberculosa en enfermos con cirrosis hepática que pasó desapercibida durante la vida del paciente,

cuando se atribuyó la ascitis a la cirrosis; es bien conocida la dificultad para la identificación de microorganismos ácidoalcoholresistentes en los frotis de ascitis, los cultivos son con frecuencia positivos. (Burrack, W.R. y Hollister R.M.: Am. J. Med. 28:510, 1960). El diagnóstico suele formularse basándose en los hallazgos histopatológicos sobre el tejido obtenido por peritoneoscopia o laparatomía. En el caso que nos ocupa no contamos con información clínica para sospechar este diagnóstico. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

- (04) Por los hallazgos de la exploración física y la conducta que debe seguirse en el paciente, el empleo de la sonda nasogástrica para la descompresión intestinal y la restauración de la volemia mediante la administración parenteral de líquidos y electrolitos, es la medida adecuada para mejorar las condiciones del paciente y prevenir complicaciones, durante el tratamiento electivo.
- (05) La inflamación aguda del apéndice vermiforme es el proceso quirúrgico más común del abdomen. En el 90 por ciento de los casos, la apendicitis aguda se origina por la oclusión de la luz del apéndice que obedece a impactación o concreciones fecales; en algunos casos a cuerpos extraños como parásitos; la hiperplasia linfóide también ocasiona obstrucción de la luz y, más raramente, puede deberse por proliferación neoplásica del apéndice. Fue Charles McBurney quien en el año de 1889 describió por primera vez y en forma clara algunos signos y síntomas que se presentan en caso de apendicitis como son el dolor abdominal de intensidad progresiva con punto de partida en epigastrio y acompañado de náuseas y vómito;

unas horas después de instalado el dolor, éste se hace predominantemente localizable en fosa ilaca derecha, hay fiebre moderada, constipación, dificultad para la canalización de gases por recto (en ocasiones cursa con diarrea). El signo más constante en cuanto a la localización del apéndice inflamado es la hipersensibilidad a la presión abdominal en fosa ilaca derecha, se puede encontrar resistencia muscular, rebote, signo de Rovsing, Blumberg, del obturador, del músculo psoas y otros signos de abdomen "agudo" que dependen del tiempo de evolución y las variantes anatómicas de localización del apéndice. El diagnóstico de perforación lo sugieren la persistencia del dolor abdominal por más de 48 horas, la elevación térmica más allá de los 39°C, leucocitosis mayores de 15,000/mm<sup>3</sup> y masa abdominal palpable. Evidentemente, la evolución de quince días y los resultados de los exámenes de laboratorio practicados a este paciente descartan la posibilidad de apendicitis como diagnóstico. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

- (06) La punción abdominal es un procedimiento que se utiliza en casos seleccionados para establecer el diagnóstico de abdomen "agudo". Se ha subrayado su valor, especialmente en el examen de pacientes con traumatismos abdominales, en la pancreatitis aguda, trombosis mesentérica, peritonitis purulenta. La interpretación de los hallazgos es a menudo difícil ya que el líquido libre en el abdomen de este tipo de pacientes ofrece valores de amilasa que a veces se aproximan a los encontrados en casos de pancreatitis aguda. El encontrar pus o sangre es de importancia diagnóstica y ayuda a decidir acerca de la terapéutica que

deberá instituirse. Este procedimiento no se utiliza como rutina en el diagnóstico diferencial del abdomen "agudo" pero puede recurrirse a él cuando se duda acerca del plan de tratamiento que se ha de seguir, especialmente cuando el cuadro clínico indica urgencia abdominal ulterior a traumatismos. En el caso presente, existen otros medios que deben emplearse antes de decidirse por una punción lumbar. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

- (07) En los cuadros de abdomen "agudo" secundarios a perforación de víscera hueca es ésta una indicación para intervención quirúrgica de urgencia. En los casos de fiebre tifoidea, las perforaciones se encuentran casi siempre en los últimos 100 cm del intestino delgado, pero pueden ocurrir tanto en ciego como en apéndice. Las perforaciones pueden ser únicas o múltiples y cuando son pequeñas y los tejidos adyacentes no están muy lesionados se puede practicar cierre de la perforación; pero, cuando son múltiples y cercanas a la válvula de Bahuin, se debe practicar resección intestinal con anastomosis primaria si las condiciones lo permiten o ileostomía temporal. Continúe ahora con la sección C para seguir adelante.
- (08) Las indicaciones para la administración de presión positiva intermitente (ventilación mecánica) incluyen varias enfermedades y situaciones clínicas que cursan con insuficiencia pulmonar aguda que implica falla del pulmón para desempeñar una o ambas de sus funciones principales, es decir incapacidad para oxigenar el lecho capilar y, por consiguiente, para mantener una pO<sub>2</sub> aceptable en arterias (insuficiencia respiratoria) e incapacidad para mantener un pH y una pCO<sub>2</sub>

arterial adecuadas (insuficiencia ventilatoria). Para poder utilizar este procedimiento, es esencial el análisis de los gases arteriales. Evidentemente no es un método indicado en un paciente como el que nos ocupa. Seleccione una nueva opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

- (09) La pielonefritis aguda es la infección piógena activa del parénquima renal y del sistema pelvicalicial con efecto secundario sobre el aparato glomerular, tubular y vascular. Puede ser primaria del riñón o secundaria a bacteriemia generalizada con siembra de infección en otros órganos. Las manifestaciones clínicas comprenden: hipertermia, dolor lumbar, signos locales urinarios como disuria, polaquiuria, pujo y tenesmo vesical. Los exámenes de laboratorio muestran leucocitosis polimorfonuclear, leucocituria y bacteriuria; cultivos de orina positivos con más de 100,000 colonias por ml. El 90 por ciento de las bacterias que se cultivan como agentes etiológicos de las pielonefritis son las entéricas gramnegativas. No existen elementos clínicos para sospechar este diagnóstico en el caso que nos ocupa. Seleccione otra opción en esta misma sección para seguir adelante.
- (10) El abdomen "agudo" es un síndrome clínico que se caracteriza por dolor abdominal intenso generalmente acompañado de síntomas y signos de peritonitis aguda como se encuentran en el caso que nos ocupa. Continúe ahora en la sección E para seguir adelante.
- (11) Probablemente el enviar al paciente a la unidad de cuidado intensivo después de practicar tratamiento adecuado sea una buena decisión que ayude a prevenir complicaciones por la gravedad del padecimien-

- to; sin embargo, en las condiciones actuales, las unidades de ese tipo no ayudarían al tratamiento del paciente. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
- (12) La trombosis o embolia mesentérica da lugar a infartos agudos del intestino que afectan la mucosa con necrosis y ulceraciones, lo que da lugar a inflamación de la pared, hemorragia intraluminal, trasudado de líquidos y electrólitos hacia la luz. La necrosis puede estar limitada a pequeñas placas del borde anti-mesentérico o extenderse atravesando toda la pared, con parálisis de las capas musculares, dilatación del intestino y líquido serosanguinolento en peritoneo. La circulación mesentérica arterial se ha descrito como una unidad funcional compuesta por el tronco celiaco y las dos mesentéricas y se considera que las anastomosis entre estos tres vasos son adecuadas para mantener un flujo dentro de límites normales; por lo tanto, para que haya sintomatología, se necesita que estén lesionados dos de los tres vasos. Actualmente, se acepta el síndrome de insuficiencia arterial mesentérica crónica que puede preceder al infarto. Hay que sospechar oclusión vascular mesentérica en presencia de cardiopatías como la reumática, fibrilación auricular, aterosclerosis, tromboangeítis obliterante, obstrucción mecánica del intestino, policitemia vera, enfermedades malignas y cirrosis hepática con oclusión de vena porta. Puede ocurrir a cualquier edad y en ambos sexos pero es más frecuente en hombres de edad avanzada. Los síntomas incluyen dolor intenso generalizado a todo el abdomen, vómitos y diarrea o melena; al examen del abdomen se nota distensión moderada, ausencia de timpanismo, hipersensibilidad variable con poca rigidez e hiperactividad intestinal inicial para evolucionar hacia silencio abdominal en fase avanzada. Las radiografías del abdomen muestran muy poco gas en colon, imagen de vidrio despulido, señal de líquido en cavidad peritoneal. El diagnóstico de certeza sólo se hace por arteriografía selectiva. En el caso que nos ocupa no existen datos suficientes para apoyar este diagnóstico. Seleccione una nueva opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
- (13) La telerradiografía de tórax en posteroanterior muestra aire subdiafragmático del lado derecho, y las placas de abdomen dilatación importante de asas intestinales así como niveles hidroaéreos en fosa ilíaca derecha. Continúe ahora con la sección B para seguir adelante.
- (14) La administración de un fármaco con fines terapéuticos implica, para dicha sustancia, la sucesión de una serie de hechos como son la absorción, distribución, almacenamiento y biotransformación antes de que llegue al sitio donde va a ejercer su acción farmacológica. En el caso que nos ocupa la quimioterapia tiene un valor secundario. Seleccione una nueva opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
- (15) La oclusión intestinal puede ser definida como el bloqueo del tránsito dentro de la luz del intestino. Es un padecimiento que siempre tiene un pronóstico grave y que pone en peligro la vida de quien lo padece. Su gravedad depende de cuatro factores 1) sitio de la oclusión; 2) grado de la oclusión (completa o no); 3) tiempo de evolución y 4) ausencia o presencia de complicaciones, como compromisos circulatorios o estrangulaciones. La clasificación más práctica sigue siendo la propuesta

por Wangensteen en 1937. 1. Oclusión mecánica: a) por estenosis (congénita o adquirida); b) hernias estranguladas (internas o externas); c) oclusión de la luz intestinal (cálculos íleobiliares, cuerpos extraños); d) compresión extrínseca; e) adherencias; f) torsión del mesenterio (vólvulus); g) invaginación; h) errores del desarrollo. 2. Ileo adinámico. 3. Oclusión vascular (trombosis y embolia). La sintomatología incluye dolor (por distensión de las asas intestinales y aumento de la actividad peristáltica), vómitos (tiende a variar su contenido de acuerdo con el sitio y el tiempo de evolución), bloqueo de gases y materia fecal por recto aunque el hecho de que se presenten dos o tres evacuaciones no invalida el diagnóstico ya que el contenido fecal puede estar por abajo de la oclusión. Las tres categorías señaladas deben ser distinguidas en vista de que su tratamiento es diferente: la estrangulación demanda intervención quirúrgica de urgencia, la oclusión simple puede ser tratada con medidas conservadoras y, en el íleo paralítico, el tratamiento es eminentemente médico. Por la información clínica y de laboratorio no hay datos suficientes que apoyen el diagnóstico. Seleccione una nueva opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

- (16) Por las condiciones clínicas del enfermo, la administración de líquidos por vía oral agravaría más su estado, ya que la cantidad de líquido que tendría que administrarse para hidratarlo no sería tolerada por el paciente y la aplicación de analgésicos y antimicrobianos no resolvería el problema por el cual asistió el paciente al hospital. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
- (17) Se denomina símbolo de absorción

intestinal deficiente al proceso patológico que se acompaña de trastornos en la digestión o en la absorción de los alimentos. El signo relevante es la esteatorrea, es decir, el aumento de grasa en las heces. El síndrome de absorción deficiente primario, comprende la enfermedad celiaca y el sprue tropical y no tropical. Los trastornos secundarios que se acompañan de absorción deficiente son aquellos procesos del hígado, páncreas e intestino que acompañan los trastornos de asimilación. De acuerdo con la fisiopatología, este grupo de enfermedades se subdivide en dos grandes grupos: la insuficiencia digestiva (alteración de la asimilación por deficiencia de la actividad enzimática, de las grasas, hidratos de carbono y proteína) y la absorción deficiente (ocasionada por alteración de la mucosa intestinal que la inutiliza para el transporte desde la luz del intestino al medio interno). En la primera intervienen la función pancreática y la excreción de sales biliares mientras que en la última influyen los estados patológicos del intestino delgado. No hay evidencia clínica de ninguna de ellas en nuestro caso clínico. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

- (18) La peritoneoscopia es un procedimiento diagnóstico que se efectúa por medio de un instrumento, el laparoscopio, compuesto de un trócar con un mango y un extremo afilado, una camisa para el trócar provista, por lo general, de una válvula de presión, y un sistema óptico con cámara de fotografía e iluminación. Existen varios modelos aunque muchos de ellos son muy parecidos entre sí y con diferencias principalmente en el sistema de fotografía e iluminación. Bajo condiciones de asepsia y anestesia local se practica

- una incisión de 2-3 cm en la línea media por arriba o por abajo del ombligo por donde se introduce el laparoscopio. Durante el procedimiento pueden hacerse toma de biopsia, estudio radiográficos, etc. Las indicaciones son principalmente el diagnóstico diferencial de las organomegalias, el estudio de las ascitis de causa desconocida, el diagnóstico de algunos padecimientos del peritoneo, la evaluación de operabilidad de los tumores abdominales, etc. El consenso general sobre la peritoneoscopia es que se trata de un estudio útil si se indica en forma adecuada y en el caso que se presenta no debe utilizarse, desde luego. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
- (19) El manejo de los pacientes como el presentado no permite observación prolongada en una sala de urgencias por las complicaciones graves a que se vería sometido. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
- (20) La perforación intestinal ocasiona peritonitis grave y generalizada que en los casos de fiebre tifoidea es probable que se localice al íleo terminal donde el contenido intestinal séptico ocasiona una reacción inflamatoria generalizada. Continúe ahora en la sección A para seguir adelante.
- (21) Hace 50 años, la mayor parte de las operaciones quirúrgicas sobre abdomen eran en realidad laparotomías exploradoras. La historia clínica y el examen físico, además del cuadro hemático y el examen de orina, constituirán todo el armentarium del cirujano. En la actualidad, el avance de las técnicas de laboratorio y gabinete proporciona una idea más clara de la patología existente antes de que se realice la intervención. En este momento no tenemos la información suficiente para tomar este tipo de determinaciones. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
- (22) La indicación de radioterapia es justificada cuando se encuentra una masa tumoral que histológicamente se sabe radiosensible; la muestra se debe tomar por medio de biopsia. En este caso, se descarta la posibilidad de neoplasia radiosensible o no en base a la información proporcionada. Seleccione una nueva opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
- (23) Se puede definir la enfermedad yatrogénica como la aparición de síntomas, signos o estados patológicos distintos de los propios del padecimiento y que son ocasionados por la administración de medicamentos o aplicación de tratamientos médicos o quirúrgicos capaces de modificar el curso del cuadro clínico original para ocasionar uno nuevo. El caso que nos ocupa no refiere datos que puedan sugerir yatrogenia. Seleccione una nueva opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
- (24) Pasar a la zona de hospitalización a un paciente cuyo manejo terapéutico requiere sitios específicos de especialización hace que el paciente corra un grave riesgo que podría evitarse con una buena actuación del médico desde la sala de urgencia. Seleccione una nueva opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
- (25) El tratamiento médico en este tipo de pacientes no está indicado porque retrasaría la posibilidad de curación y haría que el paciente pasara de un estado de urgencia a uno de gravedad notable. Seleccione una nueva opción en esta misma sección antes de seguir adelante.