

ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS DE ANATOMÍA EN ENFERMERÍA A TRAVÉS DE SUSPUESTOS CLÍNICOS

Memoria final

MIGUEL SANTOS DEL REY, Profesor Titular de Universidad del Área de ANATOMÍA Y EMBRIOLOGÍA HUMANA de la Universidad de Salamanca, en representación del Grupo de Innovación docente del que también forman parte la Profa. María Belén Peláez Pezzi y el Prof. Fernando Sánchez Hernández, remite el Informe Final del Proyecto “ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS DE ANATOMÍA EN ENFERMERÍA A TRAVÉS DE SUSPUESTOS CLÍNICOS” financiado por la convocatoria de Ayudas de la Universidad de Salamanca a proyectos de innovación y mejora docente, curso 2012-2013.

Salamanca, junio de 2013

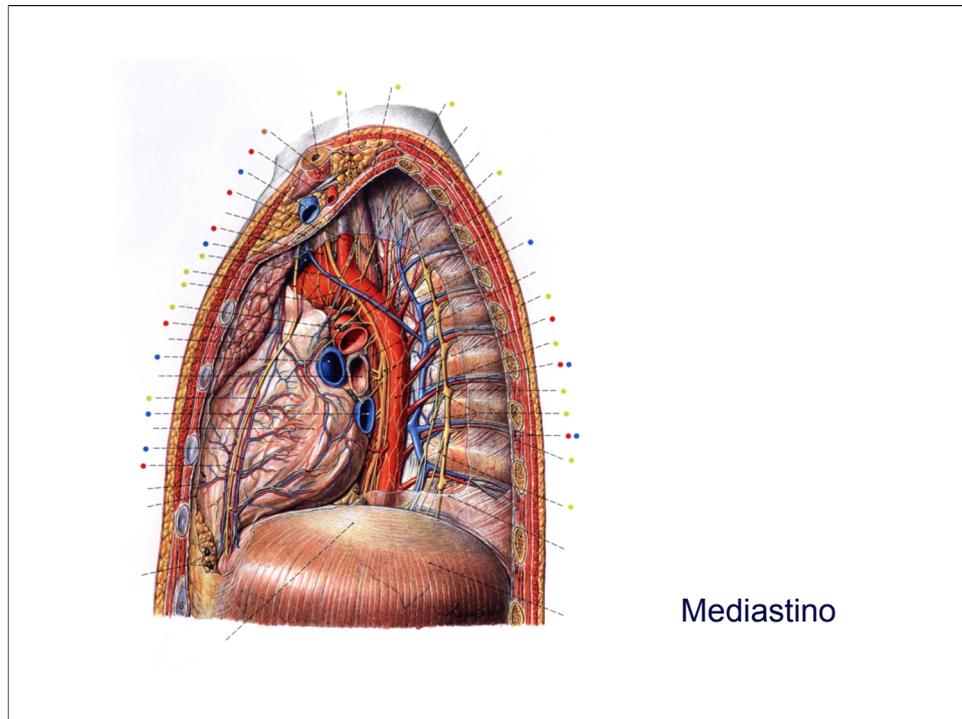
ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS DE ANATOMÍA EN ENFERMERÍA A TRAVÉS DE SUSPUESTOS CLÍNICOS

Memoria final

Para el presente proyecto se han realizado diferentes seminarios aplicativos con la intención de que el estudiante sea capaz de utilizar, de manera razonada, los conocimientos aprendidos en las clases teóricas y prácticas para poder llegar a interpretar las alteraciones morfológicas que se plantean.

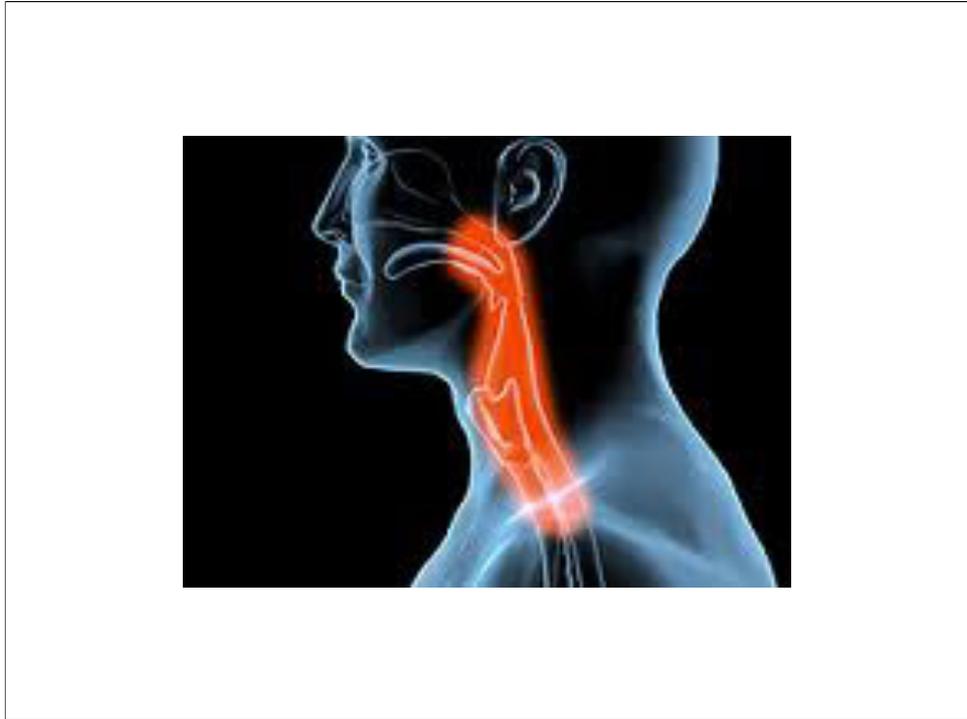
Como memoria de este proyecto presentamos uno de los seminarios que se han impartido durante el presente curso académico.

Hemos de resaltar que el nivel de participación de los estudiantes ha sido elevado y que la utilización de los conocimientos teóricos y prácticos ha sido, en general, satisfactoria.



En el caso clínico que se presenta se pretende que el estudiante comprenda las alteraciones morfológicas que pueden sufrir los elementos contenidos en el mediastino y los síntomas y signos que presentará el paciente derivados de estas alteraciones.

Los conocimientos necesarios para poder llegar a conclusiones lógicas se han impartido previamente en las clases teóricas y prácticas. Se trata, por lo tanto, de que el estudiante utilice lo aprendido para resolver problemas de manera razonada.



Se presenta el caso de un paciente varón de 63 años que acude a consulta por disfagia (dificultad para la deglución) progresiva, fundamentalmente a sólidos, asociada a pérdida de peso de 6 meses de evolución.

El paciente no refiere haber ingerido sustancias corrosivas.

Antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y dolor torácico agudo un año antes, que fue interpretado como un síndrome coronario.

Diabetes tipo II (diabetes asociada a obesidad en el adulto).

Fumador 20 cigarrillos /día desde hace 30 años.



Inicialmente acudió al médico de cabecera que le prescribió un protector gástrico y ansiolíticos al considerar que la disfagia era consecuencia de un problema de somatización por estrés laboral.

Exploración física

TAS 170 mm Hg TAD 110 mm Hg

Paciente consciente y orientado. Coloración de piel y mucosas normal. Temperatura 36° C

No adenopatías valorables

Exploración cardíaca: Ritmo sinusal

Exploración respiratoria: No tos ni expectoración.

Auscultación respiratoria normal

Abdomen: Blando, depresible y no doloroso. No visceromegalias

Resto de aparatos normales

Datos más relevantes de la exploración física del paciente.

¿Tiene alguna explicación para la pérdida de peso del paciente?

¿ Una compresión del esófago podría explicar la disfagia que presenta el paciente desde hace tiempo?

¿Puede tener alguna relación la HTA del paciente con la disfagia?

A la vista de la anamnesis realizada al paciente y de su exploración física inicial, se plantean preguntas concretas para que los estudiantes puedan relacionar los datos anatómicos que conocen de las clases teóricas y prácticas, con el problema planteado.

De los siguientes métodos diagnósticos, ¿por cuál piensa que se debería comenzar y por qué?

RNM

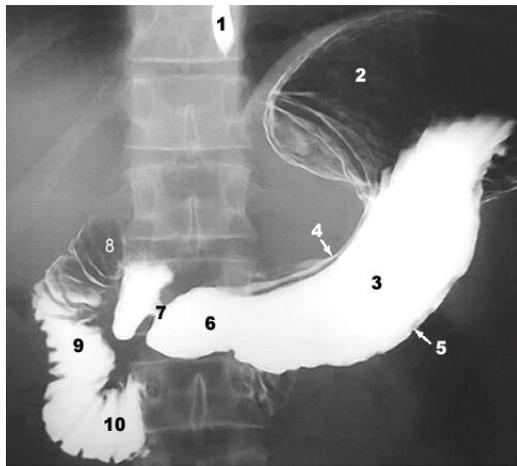
Tránsito esofágico con bario

Ecografía abdominal

Endoscopia esofágica

TAC torácico

Una vez que se han repasado las estructuras anatómicas existentes en el mediastino y la relación existente entre ellas, se pide a los estudiantes que, con criterio razonado, soliciten la prueba diagnóstica que, a su juicio, sería la adecuada para intentar conocer dónde se encuentra la alteración morfológica.



1 esophagus 2 fundus of the stomach 3 body of the stomach
 4 lesser curvature 5 greater curvature 6 pyloric antrum
 7 pylorus 8 duodenal bulb (1st half of 1st stage of duodenum)
 9 2nd stage of duodenum 10 3rd stage of duodenum



Estenosis esofágica de tercio medio e inferior con dilatación superior a la estenosis

Se ofrecen ahora imágenes de radiografías de tubo digestivo con contraste radioopaco, donde los estudiantes tienen que identificar las diferentes porciones y determinar si existen alteraciones con respecto a la morfología normal.

Visto el tránsito esofágico con bario, ¿tiene alguna teoría que pueda explicar la causa de la estenosis de tercio medio e inferior del esófago?

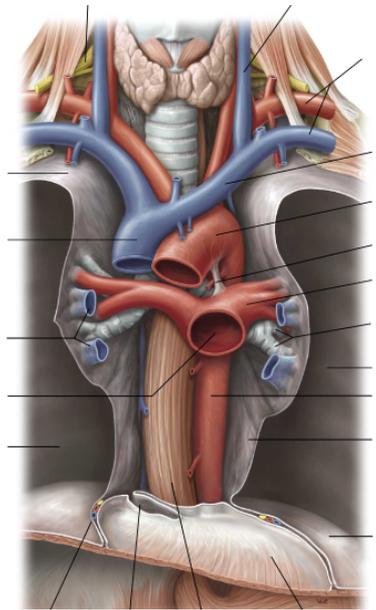
¿ Y de la dilatación del tercio superior del esófago?

Observe las siguientes imágenes del mediastino.

Sin duda le servirán para intuir la causa

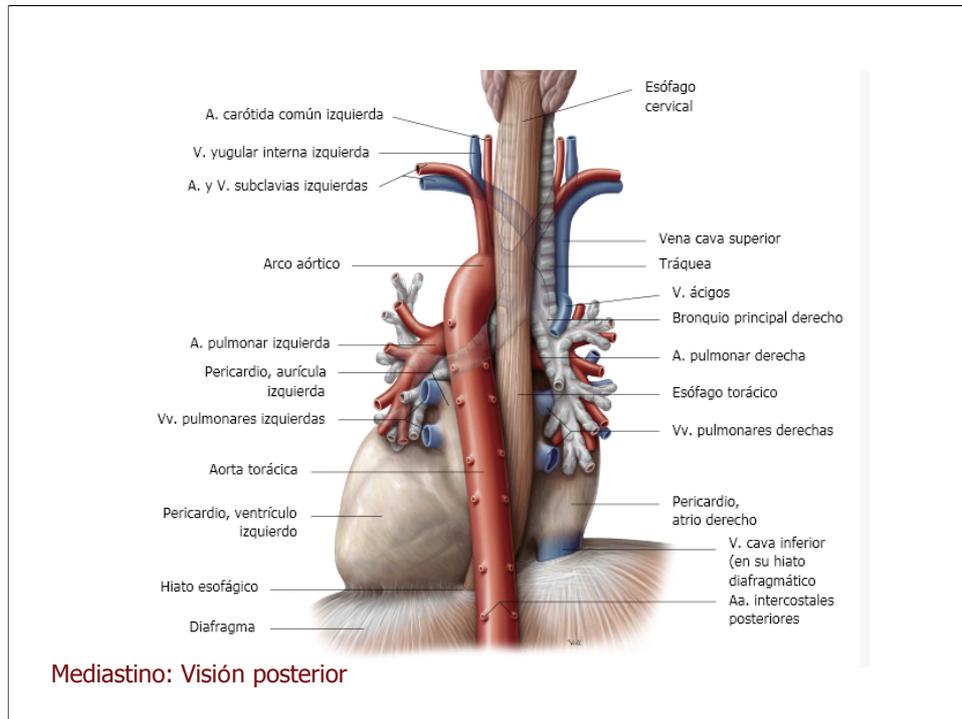
A la vista de la primera prueba de imagen que se ofrece, el estudiante deberá contestar, razonadamente, a las preguntas.

Con posterioridad se repasa mediante imágenes anatómicas la morfología de los elementos ubicados en el mediastino, para un recuerdo visual de los mismos.



Mediastino: Visión anterior

Visión anterior del espacio mediastínico con los elementos más importantes contenidos en él.



Visión posterior del espacio mediastínico con los elementos más importantes contenidos en él.

Obsérvese la importante relación entre la arteria aorta torácica descendente y el esófago torácico.

Se da cita al paciente para realizar otras pruebas (dentro de una semana), pero al día siguiente acude a urgencias

En la exploración física observamos que el paciente impresiona de gravedad, está pálido y tiene sudoración fría

El pulso periférico es indetectable, la TA es de 60/40 mm Hg y es imposible coger una vía periférica por colapso de las venas

Una vez memorizadas las relaciones anatómicas existentes entre los diferentes elementos, especialmente las que mantiene el esófago con otras estructuras, se plantea un problema añadido a los estudiantes para que valoren las posibles consecuencias de una complicación clínica.

¿Qué sugiere la hipotensión del paciente?

¿Qué le sugiere el déficit de pulsos?

¿Qué le sugiere la palidez del paciente?

¿Qué le sugiere el colapso de las vías venosas del
miembro superior?

Se dirige el razonamiento mediante una serie de preguntas concretas para las que habrá que dar respuestas lógicas.

¿En qué estructura anatómica focalizaría el problema del paciente?

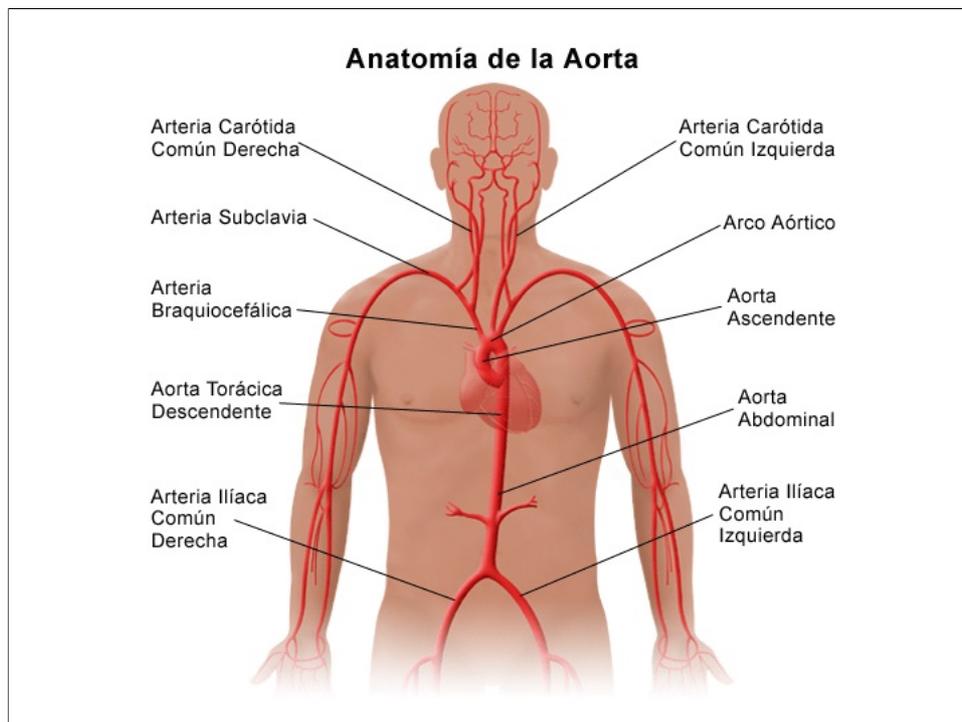
Más adelante se intenta focalizar el problema en una estructura anatómica concreta, sobre la que los estudiantes discuten.

Inicialmente el paciente tiene una disfagia aórtica secundaria a la compresión extrínseca del esófago por un aneurisma de la aorta torácica descendente

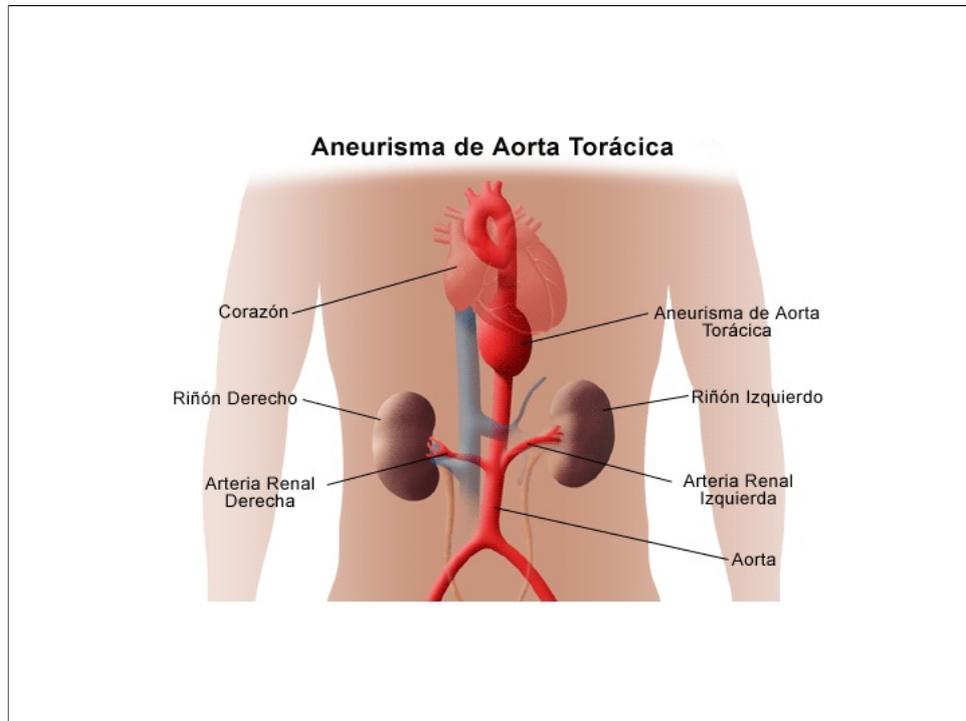
Al llegar a urgencias se había producido la rotura del aneurisma; lo que se denomina disección aórtica, que provoca una hemorragia interna masiva

Finalmente, el profesor explica cuál es la alteración morfológica del paciente, interpretando razonadamente los datos que se han ofrecido desde el inicio del caso.

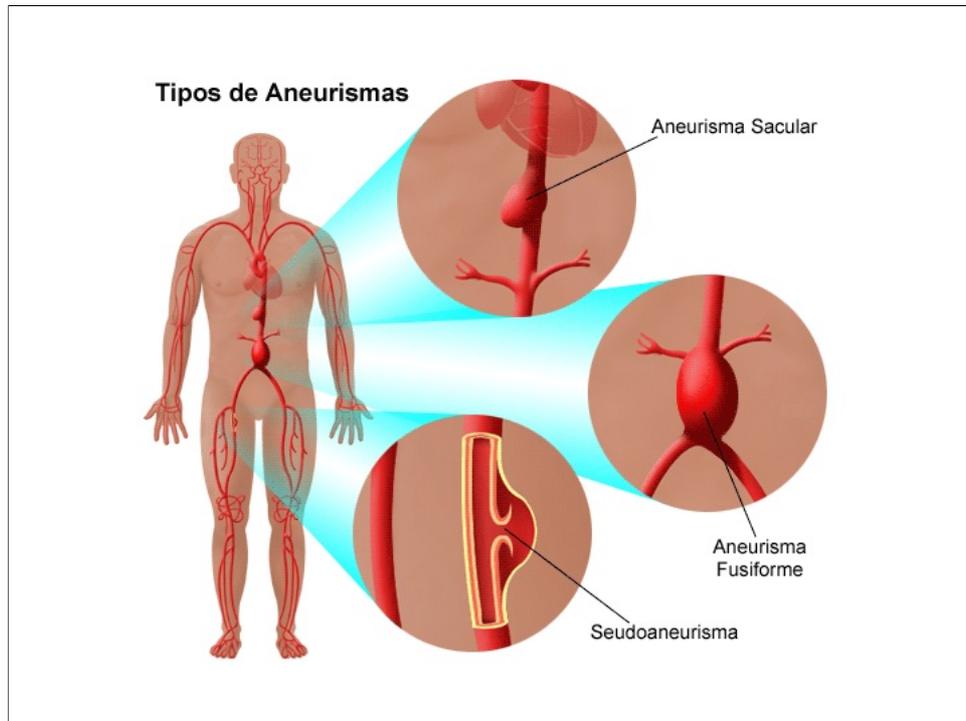
En esta ocasión se presentaba una compresión del esófago torácico por un aneurisma (dilatación anormal) de la arteria aorta torácica descendente.



Se repasa la anatomía de la arteria aorta y, de manera especial, sus relaciones de proximidad con el esófago torácico en el mediastino posterior.



La dilatación de la aorta torácica descendente hace que el esófago torácico quede comprimido y el paciente presente disfagia (dificultad a la deglución).



En la segunda parte del caso se explica que la dilatación de la arteria aorta ha provocado debilidad de su pared, lo que unido a una tensión arterial elevada, puede causar la rotura de la arteria y, la posterior hemorragia masiva que lleva al paciente a la muerte.

El caso que aquí se ha presentado es un caso real que, afortunadamente, no provocó disección aórtica porque se diagnosticó a tiempo y se intervino quirúrgicamente

La intervención quirúrgica consiguió, además, eliminar la compresión del esófago, como se puede apreciar en la RX con bario, realizada después de la intervención

Finalmente se presenta el caso clínico que en realidad no tuvo complicaciones para el paciente.



Y su solución quirúrgica mediante la reparación del aneurisma, y la consecuente descompresión esofágica.