PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PÓSTER GRUPO 8B DE PRÁCTICAS

Para la elaboración del póster contamos con la ayuda del profesor Ramírez, quien nos adjudicó y expuso un caso clínico en nuestra primera reunión a través de Google Meet, la vía de comunicación elegida de manera preferente durante el transcurso del trabajo.

Tras la presentación de nuestro tema, decidimos repartirnos las tareas en cuatro bloques: Irene Rodríguez, Paula Rojo, Sara Rodríguez y María José Rodríguez se han encargado de recabar toda la información pertinente para la elaboración de los siguientes apartados, así como para que todo el grupo tenga un conocimiento más amplio del tema tratado; Miriam Rodríguez, Cristina Rivas y Teresa Rodríguez han elaborado un Power Point seleccionando las mejores imágenes y esquemas de diferentes guías y libros con pretensión de ser utilizado durante la exposición; Melania Rollán, Daniel Robles y Enrique Rodríguez se han dedicado a la confección del póster como tal; y finalmente, María Rodríguez y María Elena Rodríguez son las responsables de la exposición y de la grabación del audio explicativo.

En lo referente a la **información**, seguimos las indicaciones de preparación del póster recogidas en el documento que se nos proporcionó a través de la plataforma Prado y los artículos y/o revistas recomendadas por nuestro tutor a modo de bibliografía. Estas fuentes nos han ayudado a ampliar y profundizar en las bases fisiopatológicas subyacentes, justificando así de manera teórica todos los hallazgos en la práctica clínica y el procedimiento a seguir en cada uno de ellos. De igual forma, nos ha aportado un mayor conocimiento necesario de cara a la exposición, donde a nuestros compañeros podrían surgirles dudas de diversa índole que excedan lo resumido en el póster.

De esta manera, fuimos estructurando los detalles de nuestro caso clínico, el de un paciente que acude al Hospital Santa Ana de Motril con dolor opresivo centrotorácico prolongado de intensidad creciente irradiado al brazo izquierdo, acompañado de sudoración y náuseas. La evaluación inicial está basada en una anamnesis dirigida al dolor torácico, factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares; los datos de la exploración física relativos a auscultación, percusión, palpación e inspección; y el análisis del ECG. Las determinaciones analíticas, sin embargo, no eran decisivas en nuestro caso.

El ECG es la exploración complementaria de elección en un cuadro de dolor torácico de las características previamente definidas, que según las recomendaciones sanitarias debe ser realizado en un plazo máximo de 10 min tras la llegada del paciente a urgencias. Sus resultados mostraban la elevación del segmento ST en las derivaciones precordiales V1-V6, lo que junto a la clínica de dolor torácico opresivo prolongado, nos llevan al diagnóstico de un Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST que afecta a la cara anterior del corazón.

Con la búsqueda a través de las fuentes bibliográficas pudimos definir las bases fisiopatológicas de este diagnóstico: la rotura y/o erosión de una placa ateromatosa vulnerable, que deriva en la formación de un trombo, lo cual induce una repleción del flujo sanguíneo en las arterias coronarias que se manifiesta con un intenso dolor isquémico en el paciente. La oclusión completa de la arteria coronaria producida por el trombo desencadena, como es nuestro caso, un Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST; mientras que la obstrucción parcial de la arteria coronaria origina un Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST.

Sabiendo ya la patología ante la cual nos encontramos, el siguiente paso era el planteamiento de un tratamiento que se adecuara a las características idiosincrásicas del paciente y a las disponibilidades en tiempo y forma del centro sanitario en el que nos encontramos, que tal y como hemos referido, se trataba de un Hospital Comarcal de Motril. Por ello, al carecer el hospital de los recursos necesarios para una intervención coronaria percutánea primaria con STENT, la opción que pareció más adecuada fue la del suministro de un fármaco antitrombótico, el TNK. Al rato de suministrar el tratamiento el paciente refirió que el dolor torácico había disminuido. Para saber si el agente fibrinolítico ha sido efectivo nos guiamos por tres aspectos: disminución o desaparición del dolor, descenso del segmento ST y presencia de arritmias de reperfusión. En uno de los ECG realizados se pudo observar esa arritmia de reperfusión, conocida como RIVA (ritmo idioventricular acelerado), caracterizada por la ausencia de ondas P y complejos QRS anchos. El RIVA es una arritmia que aparece generalmente de forma fisiológica cuando una arteria que ha estado cerrada se abre, por lo que, como comentábamos antes, es un signo positivo. Al día siguiente se le realizó una coronariografía en la que se observó como la arteria descendente anterior, que estaba ocluida cuando el paciente llegó a urgencias, se encontraba abierta parcialmente. A continuación se introdujo un balón para desatascar la arteria y le colocamos un stent (Angioplastia con Stent).

De esta forma, tenemos ya resueltos todos los puntos exigidos para la **confección del póster.** En él hemos incluido, aparte de la información más relevante y decisiva siguiendo las pautas indicadas, fotografías que nos parecieron de interés y muy características del caso: el primer ECG realizado, en el que se muestra la elevación del segmento ST y que es concluyente para el diagnóstico; una imagen de la coronariografía en la que se aprecia de forma muy ilustrativa la estenosis de la arteria descendente anterior; y un pequeño esquema que refleja la oclusión completa de una arteria por una placa de ateroma que lleva aparejada a nivel electrocardiográfico la elevación del segmento ST. Fue en este momento cuando tuvimos la segunda reunión vía Google Meet con el tutor, donde le expusimos nuestro trabajo, y nos indicó aquellos aspectos que debían ser cambiados antes de la entrega definitiva.

Finalmente mencionar que hemos **elaborado un Power Point** por indicación de nuestro tutor, y que pese a no estar requerido dentro de los documentos que hay que adjuntar, lo añadiremos como material extra. El objetivo del mismo estaba encaminado a la exposición final, donde su uso era interesante al disponer de un mayor número de imágenes que, por falta de espacio, no pudieron ser añadidas en el póster, pero que resultaban muy útiles y atractivas, tales como el ECG en que se aprecia el RIVA o un esquema con las principales causas de dolor torácico que pueden suponer una amenaza en la vida del paciente.

Y ya para concluir, **¿qué hemos aprendido de la elaboración de este póster discusión?,** ¿de qué manera nos ha enriquecido en nuestra formación como futuros médicos? Ha sido sin duda, una de las actividades que probablemente nos ha acercado más a la realidad de la profesión médica en nuestros casi tres años de carrera. La presentación de un caso concreto, con una cierta sintomatología, y la responsabilidad de saber, en base a tus conocimientos, cuál es el protocolo a seguir, las pruebas complementarias requeridas o el tratamiento correcto para tu paciente, es realmente un reto para nuestras mentes, más acostumbradas a un método de enseñanza centrado en su mayoría en los aspectos teóricos y no tanto en los prácticos. Porque aunque poseamos unos sólidos cimientos en cuanto a formación contenida en libros, aún nos falta mucho para adquirir el razonamiento y la habilidad práctica que nos haga capaces de afrontar de forma resolutiva y acertada la práctica clínica. Y es que como dijo Cicerón: *“no basta con alcanzar la sabiduría, es necesario saber utilizarla”.*