

ESCUELA SUPERIOR DE CIENCIAS DE LA SALUD

ENFERMERIA UNIVERSITARIA

MATERIA: ENFERMERIA DEL ADULTO Y DEL ADULTO MAYOR II

TRABAJO PRACTICO EVALUATIVO N°1

TEMA: TERMINOLOGIA QUIRURGICA/PRUEBAS DIAGNOSTICAS.

CONSIGNA:

- 1- Identificar e investigar terminología quirúrgica y pruebas diagnósticas en el caso clínico presentado.
- 2-Elavore el Proceso de Atención de Enfermería correspondiente.
- 3-Entregar en formato papel el día 11-09-2023, hs 18 en gabinete.

Todo procedimiento quirúrgico se expresa con una palabra cuya raíz indica el órgano anatómico a intervenir y un sufijo que determina la maniobra a realizar. Su conocimiento permite manejar un léxico preciso y gráfico, de gran practicidad.

La prueba diagnóstica (PD) es cualquier proceso, más o menos complejo, que pretende determinar en un paciente la presencia de cierta condición, supuestamente patológica, no susceptible de ser observada directamente.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 57 años, sin antecedentes de importancia, que en mayo del 2016, en chequeo de rutina se realiza **endoscopia digestiva alta** (EDA) evidenciando lesión ulcerada , infiltrativa, circunferencial de 20 mm en la unión esofagogástrica, se realiza **ecoendoscopia** que reporta lesión homogénea intramural que involucra todas las capas de la pared T3 (fig.1); conjuntamente se realiza **tomografía** evidenciando engrosamiento a nivel de la unión gastroesofágica, sin **metástasis** (T3M0), el estudio histopatológico de **biopsia endoscópica** reportó **adenocarcinoma tubular ulcerado** por lo que acude al Hospital Metropolitano para resolución quirúrgica. Cabe destacar que el paciente niega sintomatología y que es un hallazgo incidental.

En los exámenes de laboratorio, la **química sanguínea** se encuentran en parámetros normales, resalta la elevación de **Alfafetoproteína**: 8.33 ng / ml (normal < 7 ng/ml) y **antígeno carcinoembrionario**: 13.25 ng/ml (normal<4.7 ng/ml).

Figura 1: ecoendoscopia que revela lesión tumoral que toda la pared esofágica



A continuación, se realizó **toracotomía antero lateral derecha en 5to espacio intercostal**, se diseña esófago distal y se realiza sección e individualización del mismo (fig. 2-3)

Figura 2: toracotomía y laparotomía realizadas conjuntamente.

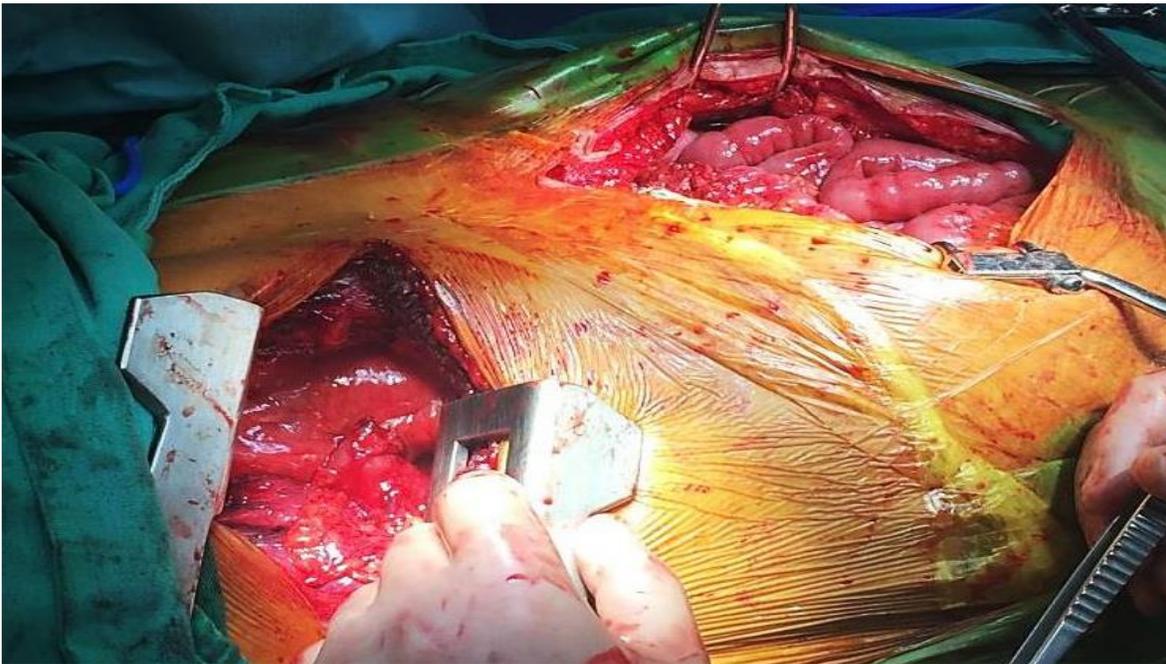
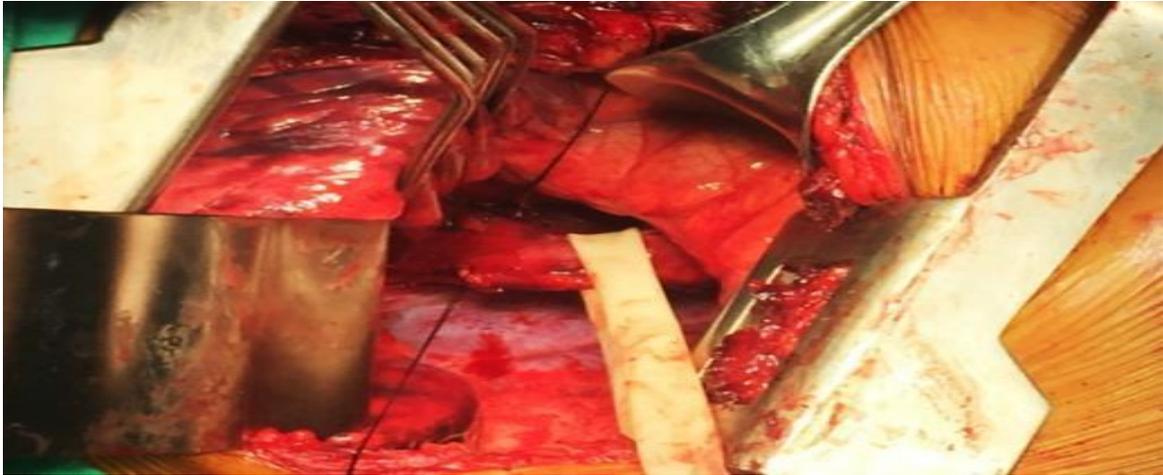


Figura 3: toracotomía derecha: disección de esófago y retracción con drenaje de penrose



A continuación, se realizó el ascenso gástrico, previa maniobra de Kocher y **anastomosis** termino terminal gastroesofágica con EEA (End to End Anastomosis) N.28 mm, se colocan drenajes y se cierran heridas (fig. 5); cirugía sin complicaciones.

Paciente permanece hospitalizado por 7 días, con evolución favorable y fue dado de alta en **condición estable**, previamente retirado el **tubo torácico** y el **drenaje de laparotomía**, con leve dolor a nivel de toracotomía, sin **complicaciones postquirúrgicas inmediatas**.

El resultado de patología fue un **tumor exofítico** de 35 mm que obstruye el 30 % de la luz adenocarcinoma tipo intestinal bien diferenciado G1, todos los márgenes están libres de carcinoma.