

AUTOEVALUACION EN ANATOMIA HUMANA

*Carlos de la Vega L. **

INTRODUCCION

Tradicionalmente se ha evaluado el conocimiento anatómico por medio de pruebas memorísticas. Se pregunta cuántas caras tiene un hueso, qué elemento atraviesa tal o cual orificio, cuáles ramas da tal nervio o tal arteria y así por el estilo, como si memorización y aprendizaje fueran lo mismo y la Anatomía tuviera que ser estática y puramente descriptiva. Lo anterior origina que frecuentemente las mejores calificaciones recaigan sobre los alumnos memorizadores y no sobre quienes tienen capacidad de razonamiento, pues aun éstos se preocupan más por retener datos que por utilizarlos; la inteligencia no cuenta.

Por otra parte, cuando se pronuncia el término Anatomía de inmediato surge en la mente de casi todo el mundo un cadáver sobre la mesa de disección; pocas personas imaginan un sujeto vivo y en actividad, un corazón latiendo o un hígado realizando innumerables reacciones de síntesis, degradación y transformación. Persiste el divorcio entre forma, función y realidad.

En ciertos medios será difícil modificar la enseñanza, siglos de tradición fortalecieron la cadena que ata al docente anatómico a los cadáveres. Sin embargo, en instituciones abiertas al cambio se ha creado una corriente que transforma la Anatomía en una disciplina que desarrolla la inteligencia, ubica al alumno en la realidad y lo motiva; así, éste se identifica desde el principio con la comunidad médica, se familiariza con la terminología que utilizará y se prepara para la necesaria integración docencia-servicio. Resulta paradójico que una estudiante de segundo año de enfermería sea útil, mientras el alumno de los dos o tres primeros años de Medicina sea en ocasiones un espectador mudo que sólo conoce cuerpos muertos y que no ha caído en la cuenta de que su campo de acción como médico será el sujeto vivo que siente dolor, sangra, puede infectarse y padecer angustia.

Los reactivos se enfocan al diagnóstico anatómico elemental que está al alcance de todo médico; el estudiante de Anatomía sólo podrá realizarlo si ha sido entrenado en un sistema de enseñanza dinámico, no memorístico. Por lo demás, estos reactivos pueden manejarse en todas las modalidades conocidas: respuesta breve, respuesta razonada, opción binaria o múltiple y otras.

*Sección de Graduados, Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

PREGUNTAS

1. Al retirar el yeso con que se inmovilizó la fractura del tercio medio del húmero, el paciente mostró incapacidad para extender activamente los dedos, mano y antebrazo. El médico colocó precipitadamente el aparato inmovilizador y no diagnosticó la lesión de _____

2. Después del trauma craneal el paciente manifestó diplopia y el médico encontró desviación lateral del ojo, anisocoria, arreflexia a la luz, midriasis, inmovilidad ocular severa del ojo afectado y ptosis palpebral del mismo lado. Todo ello era resultado evidente de la herida de _____

3. Al inspeccionar la herida que se extendía del trago auricular a la comisura labial del mismo lado, causada por fragmentos de parabrisa, el médico pensó en la posible lesión de algunos de los siguientes elementos: (subraye los que juzgue afectados).
 - a) Tronco de los vasos faciales
 - b) Arteria transversa de la cara
 - c) Glándula y conducto parotídeo
 - d) Tronco del N. mandibular (V-3), músculos
 - e) Temporal
 - f) Masetero
 - g) Pterigoideo lateral
 - h) Filetes del N. facial

4. La gran dilatación intestinal que observó el cirujano al efectuar laparotomía por vientre agudo, hacía difícil diferenciar intestino delgado y grueso, pero logró la identificación de éste al observar las tres características siguientes:

5. El paciente había sido víctima de trauma que recayó en el triángulo supraclavicular. Además de los signos locales (equimosis y edema) mostraba la cabeza ligeramente inclinada y rotada hacia el lado contrario y era imposible elevar el brazo ipsilateral por encima del hombro. El pasante interno diagnosticó acertadamente lesión de _____

6. Durante la laparotomía exploratoria por cuadro de oclusión intestinal el cirujano observó amoratamiento, signos de necrosis e inmovilidad del intestino delgado y de la porción derecha del grueso. Era evidente un trastorno circulatorio de estos órganos debido a trombosis de _____

7. La masectomía radical por carcinoma del cuadrante superolateral de la glándula mamaria hubiera sido incompleta sin la extirpación de los ganglios linfáticos

8. El jefe de neurología clínica recomendaba a los internos de pregrado ser muy cuidadosos en la exploración de la lengua en virtud de que recibe inervación motora, gustatoria y de sensibilidad general de los siguientes nervios craneales: _____
-
9. La estrechez de la válvula mitral (estenosis) puede producir tos con esputo sanguinolento (hemoptisis) y disnea debido a que la sangre se acumula en _____
-
10. La luxación del extremo articular de un hueso largo como el húmero en la articulación del hombro, sólo puede producirse si se han roto _____
-

RESPUESTAS

1. Nervio radial. Inerva los músculos extensores del miembro superior.
2. Nervio oculomotor (III par). Conduce fibras que inervan los músculos rectos del ojo excepto el lateral que, por no tener su inervación intacta, conserva su tono y desvía el ojo lateralmente. El III lleva además fibras constrictoras de la pupila e inerva el elevador del párpado superior.
3. Deben subrayarse *a, c, f* y *h*.
4. Cintas musculares o tenias, apéndices epiploicos y su adhesión a la pared dorsal del abdomen, excepto en sus porciones transversa e ilíaca, donde no se observa.
5. Nervio espinal (XI) que inerva los músculos esternocleidomastoideo y trapecio. El tono normal del esternocleidomastoideo contralateral origina la posición de la cabeza, mientras la parálisis de la porción cefálica del trapecio impide la elevación del brazo por encima del hombro.
6. Arteria mesentérica superior que irriga el intestino delgado y la mitad derecha del grueso. La anastomosis con la mesentérica inferior no es suficiente para cubrir la demanda circulatoria.
7. De los grupos anterior o pectoral, central de la axila y aun los apicales.
8. Motora, del XII; gustatoria, del VI en su porción anterior a la V lingual, y del IX, detrás de dicha V. En cuanto a sensibilidad general (tacto, presión, dolor, temperatura), del V par. Por tanto puede haber pérdidas disociadas de la inervación que ayudan al diagnóstico.
9. Los pulmones. Dicha estenosis impide la libre circulación intracardiaca y la sangre se acumula antes del obstáculo. Finalmente se alterará toda la circulación.

10. Los medios de unión (cápsula articular, ligamentos). Los músculos periarticulares, como el deltoides, sólo contribuyen a la estabilidad articular. Trauma intenso, movimiento normal de amplitud excesiva o uso anormal, desgarran los medios de unión.

Bibliografía básica

- Snell, R.S.: *Clinical Anatomy for medical students*. Little Brown and Company, Boston, 1981, 2a. ed.
- Crafts, R.C.: *A textbook of human anatomy*. John Wiley and Son., N. York, 1979, 2a. edición.
- Noback, Ch. R.; Demarest, R.J.: *Sistema nervioso humano*. McGraw-Hill, Méx., 1980. 1a. ed. español, trad. de la 2a. en inglés.