

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE
SONORA**

“Detección de una tumoración abdominal a través de habilidades clínicas y conocimientos teóricos por parte de los médicos en formación del Hospital Infantil del Estado de Sonora en la ciudad de Hermosillo, Sonora, 2007.”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA:

ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA

PRESENTA:

DRA. YENI CALVILLO ROMERO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

“Detección de una tumoración abdominal a través de habilidades clínicas y conocimientos teóricos por parte de los médicos en formación del Hospital Infantil del Estado de Sonora en la ciudad de Hermosillo, Sonora, 2007.”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA

PRESENTA:

DRA. .YENI CALVILLO ROMERO

DR. RICARDO FRANCO HERNÁNDEZ
LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA
INVESTIGACIÓN H.I.E.S.

DR. FILIBERTO PÉREZ DUARTE JEFE DE
DIRECTOR GENERAL DEL HIES E
H.I.M.E.S.

DR. RAMIRO GARCÍA ÁLVAREZ
PROFESOR TITULAR CURSO UNIVERSITARIO

ASESORES:

DR. GILBERTO COVARRUBIAS
ESPINOZA
JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA

DR. HOMERO RENDÓN GARCÍA
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO
DE ONCOLOGÍA

SEPTIEMBRE 2007.

HERMOSILLO, SONORA

Agradecimientos

Primero a dios mi señor, quien me ha proporcionado la salud, paciencia, el amor y la fuerza para continuar día a día la lucha y la búsqueda de mi felicidad

A mi madre quien es el ejemplo más grande a seguir en mi camino, otorgándome siempre la comprensión, el amor infinito e incondicional en todos los momentos de mi vida.

A mis hermanos por poder entender nuestras circunstancias difíciles y aun así poder otorgarnos el amor, el respeto y la comprensión a pesar de la distancia y el tiempo

A mis tres sobrinos que son una parte muy importante en mi vida y el motor para continuar mi camino, con miras a un mejor futuro

A tí mi Olguita quien me ha apoyado no solo en el ámbito profesional, si no también en el sentimental, gracias por estar siempre allí al 100%

A mis maestros el Dr. Rendón, el Dr. Sotelo, el Dr. Bojórquez, la Dra. Acosta, la Dra. Medecigo y el Dr. Cano quienes han compartido sus conocimientos y han otorgado su apoyo constante en mí formación médica.

La inteligencia consiste no solo en el conocimiento, si no también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica.

Aristóteles

ÍNDICE

	Págs.
1.Introducción	1
2. Planteamiento del problema	2
3. Marco teórico	4
4. Objetivos	9
5. Hipótesis	10
6. Justificación	11
7. Material y métodos	
7.1 Diseño del estudio	13
7.2 Universo	13
7.3 Tamaño de la muestra	13
7.4 Criterios de inclusión y exclusión	14
7.5 Operalización de variables	15
7.6 Descripción general del estudio	16
8. Resultados	17
9. Discusión	28
10. Conclusiones	31
11. Recomendaciones	32
12. Anexos	33
13. Bibliografía	39

Resumen:

Introducción: Masas abdominales en pediatría representa un término amplio que puede involucrar una gran variedad de patologías benignas y malignas. El 50% de la patología oncológica en pediatría corresponde a masas o tumores sólidos, ubicándose alrededor de 20% del total abdomen.

Objetivos: Conocer el conocimiento teórico y las habilidades clínicas con respecto diagnóstico tumores abdominales en la infancia en los médicos residentes e internos del hospital infantil del estado de sonora

Material y Métodos: Estudio transversal prospectivo y descriptivo. Se examinaron los conocimientos básicos y habilidades clínicas en el manejo de una tumoración abdominal en médicos internos y residentes de la especialidad de pediatría del Hospital Infantil Del Estado de Sonora (HIES) de la ciudad de Hermosillo, Sonora. Para el cumplimiento de tal propósito, se realizó una encuesta transversal en relación a las manifestaciones clínicas más frecuentes detectadas en los tumores abdominales y un examen clínico objetivo y estructurado (ECO) de una estación con un paciente simulado, durante el periodo Mayo - Julio de 2007 a una muestra de 32 médicos residentes de la especialidad de pediatría y 8 médicos internos de pregrado.

Resultados: Los RIP reconocen en forma correcta la edad de presentación de tumores abdominales en un 51.4%, descendientemente fue para los R3 40%, MIP 37.5%, R2 30%; Las manifestaciones clínicas generales más frecuentes de presentación de los tumores abdominales para los R3 un promedio de calificación máximo de 2.4 aciertos (DE0.2), para R2 y R1 un promedio de 2.2 aciertos (DE0.2), y para MIP 2.1 aciertos (DE0.4). En relación a las habilidades de la exploración de la región abdominal detectamos que las maniobras más frecuentemente realizadas fueron la auscultación y la palpación (95%); cabe mencionar que un 38% solo realizaron la maniobra de palpación para la región retroperitoneal y un 43% la maniobra de peloteo, el 57% realizó percusión, un 30% solo inspección. Solo se realizaron 17 diagnósticos correctos que corresponde a un 42.5% de la muestra, de los cuales 12 correspondieron a T. Wilms (30%), 4 hepatoblastomas (10%) y 1 linfoma (2.5%), su distribución en los diferentes grados fueron: 4 diagnósticos correctos para los R1 (23.5%), 3 para los R2P (17.6%), 5 para los R3P (29.4%), y 5 MIP (29.4%). En el estudio de imagen inicial y su interpretación; se apreció que para la radiografía de abdomen 18 (51.4%) interpretaciones correctas y 7 (30.4%) para el ultrasonido abdominal.

Conclusiones: Existe deficiencia en el conocimiento teórico de las manifestaciones clínicas y edad de presentación más frecuentes de los tumores abdominales con variaciones entre los diferentes grados, así como también en la exploración física completa y sistemática de la región abdominal principalmente detectado en el residente de tercer año de la especialidad, no hay correlación entre estudios de gabinete y su análisis ante la sospecha diagnóstica de un tumor abdominal detectando también que existe un diagnóstico clínico muy bajo de los diferentes tumores abdominales siendo el porcentaje de respuestas correctas se encontró entre el 50 a 60%. Con lo que es una situación de alarma no solo para el servicio de oncología si no para el hospital en general, por lo que es necesaria la implementación de capacitación en estas áreas clínicas basadas en la propeútica básica.

Palabras clave: tumor abdominal en la infancia, evaluación de habilidades clínicas

Introducción

En el momento actual, la mortalidad por cáncer infantil, en el ámbito mundial y en especial en México, pudiera disminuir si la prevención o detección temprana se realiza en forma sistemática. Sin embargo el conocimiento en la detección y prevención es limitado en los países en vías de desarrollo. La supervivencia de un niño con cáncer ha mejorado en forma significativa en los últimos 20 años, y se considera que el infante tiene la posibilidad de curación en más del 80%.

La población en la república mexicana es de 110 millones de habitantes y de esta población el 75% tiene menos de 18 años, situación que obliga al planteamiento del cáncer infantil como un problema de salud nacional.

El cáncer es una causa importante de morbilidad y mortalidad en la niñez, actualmente se considera un problema de salud ocupando el cuarto lugar en el grupo de 1 a 4 años de edad y el segundo lugar en el grupo de 5 a 14 años como causa de mortalidad infantil

Las neoplasias malignas más frecuentes en niños son leucemias, linfomas y tumores de sistema nervioso central y uno de cada dos niños con patología oncológica corresponde a masas de casos con tumores sólidos, de los cuales 20% de localizan en el abdomen ¹

Las neoplasias malignas primarias de abdomen son un grupo de enfermedades heterogéneas, con una diferente historia. En todas ellas el pronóstico depende de que se haga un correcto diagnóstico. ¹

Analizaremos los aspectos teóricos y habilidades clínicas que influyen la detección de un tumor abdominal, como parte fundamental de la propedéutica básica muy mencionada ampliamente en la literatura medica y los cuales lo gran la referencia oportuna de pacientes a un tercer nivel de atención

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El rápido crecimiento de los tumores abdominales y su asociación con etapas más avanzadas de la enfermedad, requiere una rápida valoración clínica y una cuidadosa exploración física. En este sentido, la palpación de una masa abdominal debe considerarse como una urgencia en pediatría. Por tal motivo, efectuar un diagnóstico precoz ante la palpación de una masa en abdomen posibilitará una mejor estrategia diagnóstica, terapéutica y pronóstica para los pacientes.⁴

Los médicos que ven por primera vez al niño con cáncer son piedra angular en el diagnóstico temprano del cáncer infantil. Sin embargo, se sabe que entre el 50 y el 70% de los niños con neoplasias sólidas en Latinoamérica son diagnosticados en etapas III y IV, situación que influye en el pronóstico final del tratamiento; las secuelas, y calidad de vida que se ofrece al paciente, aun así el paciente pediátrico, a pesar de diagnosticarse en etapas avanzadas, a logrado con los avances de la medicina un índice de curación global alrededor del 75% .¹²

No obstante que el método para establecer la sospecha inicial de tumor abdominal se basa en la exploración física cuidadosa del paciente, esto, no es efectuado por los médicos que entran en contacto inicial con pacientes pediátricos oncológicos con la frecuencia requerida. Este hecho puede estar asociado con el nivel de conocimientos que los médicos poseen acerca de padecimientos oncológicos. Este fenómeno, aunque poco explorado en la literatura médica mexicana, ha sido ya examinado por el servicio de oncología del Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES). Por ejemplo, una tesis de especialidad efectuada en el 2006¹⁸ demostró que en general, los médicos del primer nivel de atención no sospechan de cáncer si no hasta que el cuadro clínico está bien establecido y ya existen datos francos de anormalidades. Además se observó que el mejor nivel de conocimientos médicos respecto a los tumores malignos se encuentra en los profesionales recién egresados de la carrera, mientras en los médicos de mayor edad se identificaron deficientes rutas de abordaje en el diagnóstico y el tratamiento de estos padecimientos. Otra tesis del mismo año¹⁹ encontró que los pacientes oncológicos fueron

vistos por médicos generales en más de una ocasión y que no se sospechó oportunamente el diagnóstico debido fundamentalmente a que se desconocía el valor clínico de algunos signos y síntomas iniciales que presentan los pacientes pediátricos.

¿Conocen los médicos residentes de pediatría y los médicos internos de pregrado del HIES las manifestaciones clínicas más comunes de presentación de una tumoración abdominal en la población infantil que logran su referencia temprana a un tercer nivel de atención en la ciudad de Hermosillo, Sonora?

¿Cuentan los médicos residentes de la especialidad de pediatría y los médicos internos de pregrado con las habilidades clínicas para realizar la exploración física de la región abdominal y realizar la detección correcta de una tumoración abdominal?

Consideramos que importante que se evalúe el nivel de conocimientos básicos y habilidades medicas que existen entre médicos residentes de pediatría y los médicos internos de pregrado que tienen primer contacto con pacientes pediátricos potencialmente afectados por tumores abdominales, y contribuir con ello en el diseño de estrategias educativas que puedan implementarse tanto a nivel institucional, como ser incorporadas a la currícula de médicos en formación.

FUNDAMENTO TEÓRICO

Antecedentes

Las neoplasias malignas más frecuentes en niños son leucemias, linfomas y tumores del sistema nervioso central, aproximadamente uno de cada dos niños con patología oncológica corresponde a tumores sólidos, de los cuales 20% se localizan en el abdomen. Los que se presentan con mayor frecuencia en las primeras etapas de la vida son: tumor de Wilms, neuroblastoma y los tumores hepáticos, otros presentados durante la adolescencia son: la enfermedad de Hodking, las neoplasias gonadales y los tumores óseos.¹

Es posible sospechar se trate de una masa retroperitoneal, si en la exploración física se encuentra un tumor fijo a la pared posterior del abdomen o poco móvil y la fosa renal se encuentra ocupada o abombada, dependiendo del tamaño del tumor; en cambio, cuando la masa intraperitoneal se palpa a través de la pared anterior del abdomen tiene mayor movilidad y la fosa renal se encuentra libre, habrá que pensar en tumores abdominales.^{1,4}

Es por eso que explorar a un niño con masa abdominal es preciso aclarar si se trata de un crecimiento de hígado y bazo o la presencia de un tumor sólido, auxiliándose de los estudios de gabinete. No se debe olvidar que el estudio de un niño con tumor abdominal es siempre urgente, pues del diagnóstico y el tratamiento oportuno depende que puedan superar el problema que representa un tumor maligno.^{1,2,3,4}

La manera mas común de presentarse un tumor abdominal maligna en el niño es mediante la constatación de una masa palpable. El medico de primer contacto tradicionalmente obtiene los síntomas y signos mas relevantes de una minuciosa anamnesis y exploración física, para confirmar si se trata de una auténtica proliferación tumoral, esta obligado a evaluar su situación, localización y extensión, esto generalmente se lleva a acabo mediante estudios básicos de laboratorio y de radiología.^{1,2,3}

El manejo inicial de un paciente sospechoso de una patología maligna, es fundamental en ocasión es una mala indicación o derivación inicial ha hecho perder la posibilidad de iniciar un tratamiento oportuno influyendo negativamente en su pronóstico.^{2,3,8}

En el niño la presentación más frecuente es una masa abdominal palpable y asintomática mediante un hallazgo de los padres durante el baño o durante un control sano pediátrico, si bien también pudiera manifestarse con sintomatología leve no bien definida como dolor, náuseas, vómitos, constipación, hematuria, ictericia, disminución de peso, diarrea, etc.^{3,5,6}

La importancia de realizar un diagnóstico precoz hace que cada vez que el pediatra palpa una masa en abdomen deba sospechar un tumor maligno hasta que se demuestre lo contrario.^{1,2,3,5}

El rápido crecimiento de los tumores abdominales en niños y la asociación de etapas más avanzadas al diagnóstico con tiempos de evolución superiores a 1 mes, hacen necesario considerar la palpación de una masa abdominal como una urgencia en pediatría, pues así se dará al paciente la mejor posibilidad terapéutica y tal vez un mayor número de casos se diagnostique en etapas más localizadas.⁴

El tumor de Wilms es un tumor maligno, abdominal, frecuente en la infancia. Por su frecuencia ocupa el cuarto lugar dentro de la oncología pediátrica, precedido por las leucemias, los linfomas y los tumores del SNC .La edad media es de 36 meses, respecto al sexo la relación FM 1.1:1, en el 90% se presenta como una masa abdominal.¹⁷

Habitualmente se manifiesta en pacientes en edad escolar con una masa abdominal palpable asintomática, no dolorosa, móvil, que no cruza la línea media. El diagnóstico incluye radiografía simple de abdomen donde se pueden observar calcificaciones lineales. La ultrasonografía es útil en el estudio de una posible invasión vascular e imágenes quísticas y sólidas. La tomografía de contraste determina la localización, extensión, la posibilidad de enfermedad bilateral.¹⁸

Neuroblastoma, es un tumor esencialmente de la edad pediátrica y el 80% es diagnosticado en niños menores de 5 años. Es una neoplasia de origen en la cresta neural, pudiendo desarrollarse en la medula adrenal o cualquier lugar de la cadena de ganglios simpáticos. El 75% se desarrolla en el retroperitoneal. La mayoría de los casos se presenta como una masa abdominal en línea media, inmóvil y en ocasiones dolorosa. Puede causar dolor abdominal y un síndrome general con anemia y pérdida de peso^{6,7}

Con una incidencia mayor a los 2 años, su frecuencia es de 8.1%, la tumoración abdominal se presenta en mas del 50%, ataque al estado general, manifestado por anorexia, astenia, baja de peso también se reporta en más del 50%, la fiebre y diarrea suele estar presente en la tercera parte de los pacientes, con menos frecuencia se presenta constipación, dolor osteoarticular, marcha claudicante, retención urinarias, la localización mas frecuente se encuentra a nivel abdominal.^{18,22}

El diagnóstico incluye radiografías de tórax y abdomen en esta última en el 50% pueden observar calcificaciones finas. La ecografía determina la consistencia tumoral y la invasión vascular.²²

Los teratomas retroperitoneales no se adhieren a órganos vecinos, y su presentación clínica es la de una masa abdominal asintomática, provocando síntomas digestivos si son de gran tamaño. Los estudios de imagen descartan otra neoplasia, como neuroblastoma y tumor de Wilms, siendo típicas las calcificaciones en la radiografía simple de abdomen.^{7,14}

El linfoma no Hodking se presenta en niños de menor edad, con una media de 5 años; predomina en el sexo masculino; en el 47% se presenta como una tumoración abdominal, en 27% como una tumoración cervical y un 15% como una tumoración mediastinal, cuando se presenta tumoración abdominal puede acompañarse de dolor abdominal y cuadro enteral y en un 8% un cuadro de enterorragia y suboclusión intestinal.^{4,6,7}

Los tumores germinales malignos, son los tumores de ovario más frecuentes en la infancia y la adolescencia, y representan 1% de todos los tipos de cáncer en pacientes jóvenes por debajo de los 15 años de edad , aproximadamente en el 10 a 30% de todos

los tumores de ovarios en niñas son malignos y letales. Su incidencia es de 2.4 casos por millón de personas menores de 15 años el síntoma mas frecuentemente es un tumor abdominal palpable y/ o pélvico, seguido de dolor abdominal agudo sobretodo cuando hay torción del pedicuro vascular, hemorragia o ruptura, dolor crónico en el 60% de los casos; otros síntomas poco frecuentes son el sangrado vaginal y la constipación. En el caso de una masa abdominal, el estudio ultrasonográfico permite diferenciar si la masa es quística o sólida o si presentan calcificaciones, la tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis puede definir su origen, sus componentes de la neoplasia, su extensión y la presencia de metástasis. El pronóstico es bueno cerca de 86% con quimioterapia y cirugía .^{19, 20, 21}

Las neoplasias primarias hepáticas en el niño son raras en comparación con otros tumores sólidos, como el neuroblastoma y el tumor de Wilms, representan entre el 0.5 y el 2% de los tumores pediátricos, ocurre antes de los 3 años , existen 2 formas principales de tumores hepáticos malignos: el hepatoblastoma y el carcinoma hepatocelular. El 90% lo constituyen los hepatoblastomas y aproximadamente, 80% de los casos de hepatoblastoma se presentan en menores de 3 años, el hepatocarcinoma se presenta en edades mas tardías cerca de los 9 años, la tasa de supervivencia en general es del 70% clínicamente se manifiestan por una masa abdominal indolora, manifestaciones de distensión abdominal y en menor frecuencia ictericia .²²

El hepatoblastoma es un tumor maligno del hígado habitualmente se presenta como hepatomegalia, o masa en el cuadrante superior derecho hacia la línea media, siendo 12 meses la edad media al diagnóstico. Puede ir acompañado de vómitos y anorexia, la ictericia es infrecuente menos del 5%. La ecografía demuestra la naturaleza sólida o quística de la lesión y la TAC y la RMN permiten valorar la relación con otros tejidos y la invasión portal y de venas hepáticas.^{22,23}

En los últimos años, la evaluación de la competencia clínica se ha constituido de los retos más importantes que enfrentan los educadores médicos en las instituciones formadoras de recursos humanos, al tener que integrar en ella; conocimientos,

habilidades y actitudes para dar una solución a los problemas que cotidianamente se presenta en la clínica.^{24, 27}

Podemos asegurar que no existe un instrumento de evaluación que dé cuenta de manera completa, integral y objetiva de la competencia clínica de los individuos, por lo cual, los métodos de evaluación se centran primordialmente en el área de conocimientos y su aplicación.^{24, 27}

El ECOE (Examen Clínico Objetivo y Estructurado) es un formato de examen que incorpora diversos instrumentos evaluativos y se desarrolla a los largo de sucesivas estaciones que simulan situaciones clínicas. La potencia de este formato radica en la mezcla de métodos de evaluación, de Miller: saber, saber cómo y demostrar cómo.^{25, 26}

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar si los médicos internos de pregrado y los residentes de pediatría saben reconocer los tumores abdominales en las diferentes etapas de la vida, las principales manifestaciones de presentación y su detección a través de la exploración física de la región abdominal la cual es de importancia para su pronta referencia a un tercer nivel de atención en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Objetivos específicos:

1. Identificar si los médicos internos de pregrado y los médicos residentes de la especialidad en pediatría saben explorar la cavidad abdominal y la fosa retroperitoneal ante la sospecha de una tumoración abdominal
2. Determinar si los médicos internos de pregrado y los médicos residentes en la especialidad en pediatría saben y reconocen las manifestaciones mas comunes de una tumoración abdominal en el niño y la edad de presentación de cada uno de ellos en las diferentes etapas de la vida
3. Identificar el método diagnóstico mas empleado como primera opción y si existe correlación entre su elección y los resultados que piensan obtener ante la sospecha de una tumoración abdominal.

HIPÓTESIS

Es poco el conocimiento en los médicos internos de pregrado y de los médicos residentes en la especialidad en pediatría de las manifestaciones clínicas más comunes de los tumores abdominales y de la edad de presentación de los mismos en las diferentes etapas de la vida además de presentar errores en la metodología de la exploración física de la región abdominal, que podría influir negativamente de en el diagnóstico temprano de una tumoración abdominal.

JUSTIFICACIÓN

Es necesario evaluar el conocimiento médico, características clínicas y habilidades que tienen los médicos residentes e internos en formación para detectar una masa abdominal ya que el diagnóstico rápido y oportuno ofrece al niño mejores posibilidades de curación.

En México, el cáncer infantil ocupa la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 5 a 14 años y es considerado un problema de salud pública.¹²⁻¹⁴ No obstante, diversos estudios efectuados desde la década de los 60's en México, señalan que aún existen deficiencias para realizar el diagnóstico precoz de cáncer infantil.¹⁵

En la historia natural de la atención del cáncer infantil interviene en primer lugar el pediatra o médico de primer nivel de atención primaria, quien hace un diagnóstico presuntivo, puede establecer correctamente la localización y tipo probable de tumor, se obliga a realizar pruebas diagnosticas analíticas y exámenes radiológicos será quien enviara al niño al hospital para su estudio diagnóstico y tratamiento.^{11,12}

Es importante que el pediatra o el médico familiarizado con niños conozca la prevalencia de cáncer infantil, en la región donde ejerce su profesión, y por ende los principales padecimientos oncológicos para reconocer los primeros signos o síntomas como señales que alerten al problema.^{7, 9,10}

Los tumores pediátricos malignos en general corresponden a una causa cada vez mas importante de morbilidad y mortalidad pediátrica, por lo que se requiere que el personal médico que atiende a esta población tenga un nivel de conocimientos suficiente acerca de los tumores sólidos malignos mas frecuentes en nuestro medio, para con ello reducir el tiempo de diagnostico y mejorar el pronostico de los enfermos.

Los resultados de este proyecto pueden identificar el nivel general de conocimientos médicos acerca de los tumores abdominales y si existen deficiencias en su pronto reconocimiento a través de la exploración física entre personal médico en formación de la especialidad en pediatría, así como los médicos internos quienes serán el primer contacto con pacientes pediátricos potencialmente afectados por este tipo de

padecimientos. Si exitoso, este proyecto puede contribuir en la implementación de actividades de capacitación y/o actualización médica en temas de oncología dirigidos a personal de nivel de pregrado y la currícula de los médicos residentes de la especialidad en pediatría.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

Estudio prospectivo, observacional y transversal

Universo de estudio

40 médicos residentes de la especialidad de pediatría de los diferentes grados siendo 14 residentes de primer grado (R1P), 11 del segundo grado (R2P), 7 residentes de tercer grado (R3P) y 8 médicos internos de pregrado (MIP) que se encontraron en rotación en el período de estudio de Mayo a Julio de 2007

Tamaño de la muestra

Se trata de tomar la muestra total de los médicos residentes 40 y 12 internos, sin embargo hubo inconvenientes en que se realizara a la totalidad de ellos, ya que 4 residentes de la especialidad del tercer grado se encuentran en rotación de campo, 3 residentes del segundo grado no se presentaron para realizar el ECOE y 4 MIP tuvieron inconvenientes en presentarse al examen en el horario establecido, por lo que se excluyeron del estudio.

Criterios de inclusión

- Ser médicos residentes del hospital Infantil del estado de Sonora de la especialidad de pediatría
- Ser médicos internos que se encuentren rotando por el HIES en el periodo comprendido de Mayo a Julio de 2007
- Haber respondido la encuesta de tesis de forma completa

Criterios de exclusión

- No haber respondido de forma completa la encuesta de tesis aplicada
- Haberse negado a realizar la encuesta de tesis o el ECOE de la exploración abdominal
- Haber realizado solo la encuesta de tesis y no el ECOE o viceversa
- Ser médicos residentes de las diferentes subespecialidades o especialidades diferentes del hospital

Definición operacional de las variables

Variables Dependientes

- **Habilidades clínicas:** Conjunto de capacidades de un médico para realizar consistentemente las maniobras de la exploración física
- **Conocimiento teórico:** Lo defino, como toda aquella información que se obtiene a través del método científico, la investigación, experimentación e indagación del objeto común, en busca de la verdad.

Variable independiente:

- **Diagnóstico de tumoración abdominal:** Procedimiento empleado con el que se identifica una tumoración abdominal a través del razonamiento analítico de síntomas y signos de un paciente.

Variables

- Detección por parte de los médicos de la edad mas frecuente de presentación de los diferentes tumores abdominales
- Detección de las manifestaciones clínica tempranas de los tumores abdominales
- Habilidad clínica de la exploración de la región abdominal
- Estudio de gabinete de primera elección más utilizado
- Correlación entre los estudios de gabinete y su resultado
- Correlación entre el conocimiento teórico y la habilidad de la detección de los tumores abdominales en la practica clínica

Descripción del estudio

Estudio prospectivo, transversal y observacional

Se aplica una encuesta de tesis en base a las técnicas de enseñanza para el aprendizaje de la medicina, buscando reconocer los aspectos cognitivos de los residentes y médicos internos en entrenamiento, el estudio se diseñó primeramente en la evaluación de aspectos generales de los tumores abdominales, para determinar el conocimiento de la edad y su relación con el tipo de tumor (Tumor de Wilms, neuroblastoma, hepatoblastoma, linfoma, tumores de células germinales y sarcomas) además, se interrogaron los aspectos clínicos de tumores abdominales mas frecuentes de presentación (detección de la tumoración abdominal por parte de los padres, detección por parte del médico, dolor abdominal crónico, mal estado general, fiebre, vomito y distensión abdominal) evaluadas en escala de rangos asignados como: nunca, poco frecuente, frecuente y siempre; simultáneamente se analizaron las habilidades clínicas y destrezas de la exploración física de la región abdominal mediante una prueba tipo ECOE (Examen clínico objetivo estructurado) a los médicos residentes del HIES con paciente simulado para obtener resultados acerca de las habilidades y destrezas de la exploración física de la región abdominal, se evalúa a través de un caso clínico escrito de tres de los diferentes tumores abdominales (hepatoblastoma, linfoma y tumor de Wilms) evaluando a través de 14 reactivos de propedéutica básica (inspección, detección de hiperestesia e hiperbaralgesia, palpación de hígado, bazo, fosas iliacas, zona retroperitoneal, maniobra de peloteo, percusión y auscultación) y el abordaje diagnóstico para calificar las habilidades clínicas. Para el medico evaluador se diseño una a hoja de captura de resultados, los cuales se analizaron mediante una escala de Likert y se otorgo un valor de 1 para las respuestas correctas y 2 para las incorrectas, al final se sumo el total de los reactivos para la calificación final, obteniendo como puntaje global máximo 616 puntos y mínimo de 308, que vario para cada grupo de médicos en el estudio (Anexo 1 y 2)

Se analizan datos en base a la sensibilidad, especificidad, VPP (valor predictivo positivo), valor predictivo negativo (VPN), valor kappa.

RESULTADOS

Se realizaron 40 encuestas a los médicos residentes de los diferentes grados y los internos del Hospital Infantil del Estado de Sonora, con las siguientes distribuciones: 14 residentes de primer año de la especialidad (R1P), 11 residentes de segundo año (R2P), 7 residentes de tercer grado y 8 médicos internos. Tabla 1

Tabla 1

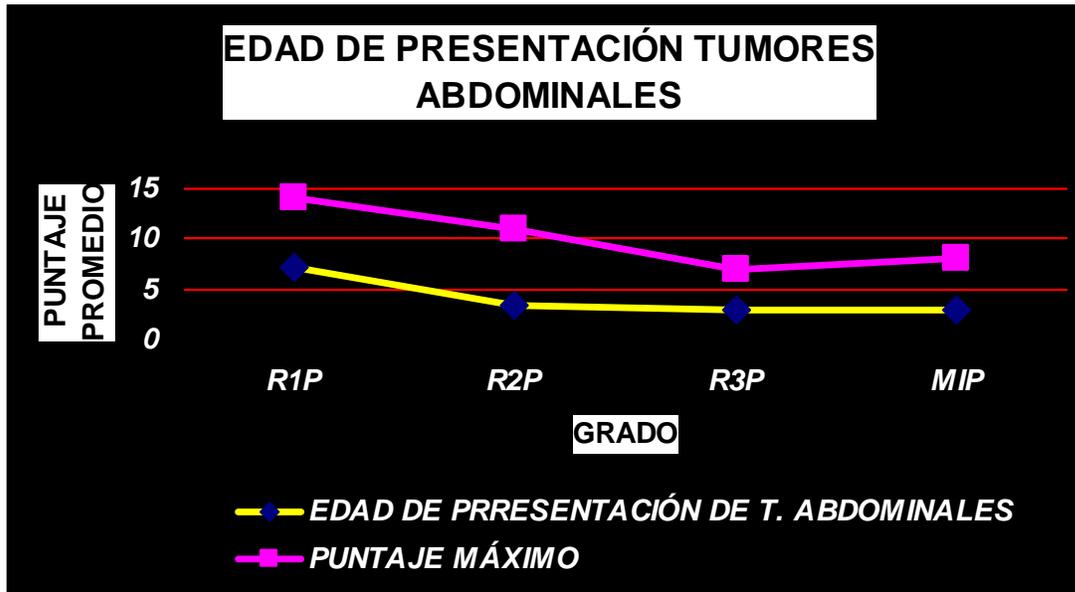
Muestra de estudio

Médicos evaluados	n	%
R1	14	35
R2	11	27.5
R3	7	17.5
MIP	8	20
TOTAL	40	100

Fuente: Residentes del HIES

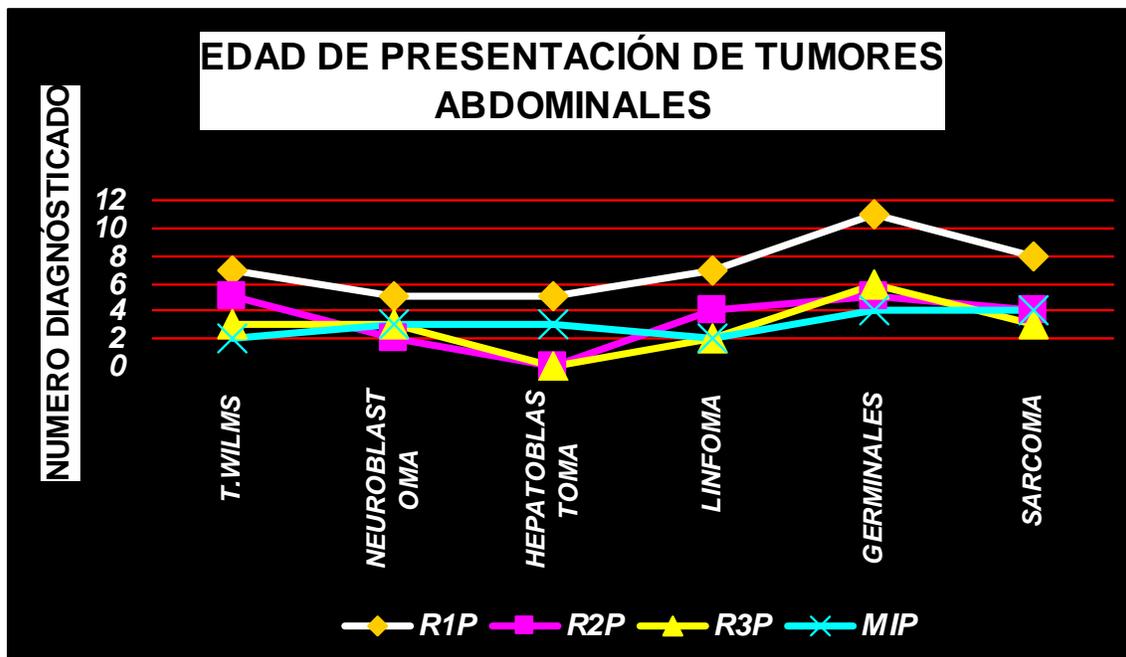
La primera parte del examen evaluamos los conocimientos teóricos a través de una encuesta construida con preguntas básicas relacionadas a la detección de tumores abdominales. En los diferentes grupos de estudio se analizó la relación de la edad con la presentación del tipo de tumor abdominal de sospecha, detectando que los R1P reconocen en forma correcta en un 51.4%, descendientemente fue para los R3 40%, MIP 37.5%, R2 30%; Los tumores abdominales más detectados con esta encuesta correctamente fueron: células germinales en un 65%, T. de Wilms en un 42.5%, sarcoma, neuroblastoma y linfoma en un 30% para cada uno y hepatoblastoma con 20%. Grafico 1 y 2

Gráfico 1



FUENTE: ENCUESTA DE TESIS

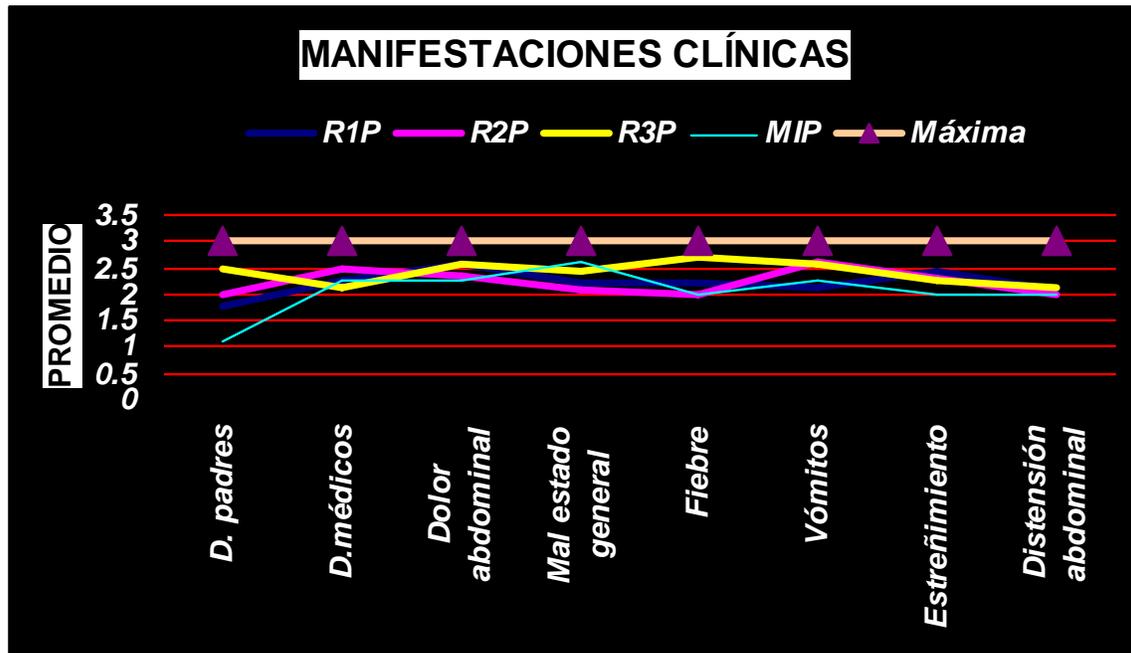
Gráfico 2



FUENTE: ENCUESTA DE TESIS

Las manifestaciones clínicas generales mas frecuentes de presentación de los tumores abdominales fueron evaluadas por la escala de Likert, con máximo valor de tres y mínimo de 0, para cada grupo de estudio, obtuvimos para los R3 un promedio máximo de 2.4 aciertos (DE0.2), para R2 y R1 un promedio de 2.2 aciertos (DE0.2), y para MIP 2.1 aciertos (DE0.4), Grafico 3

Gráfico 3

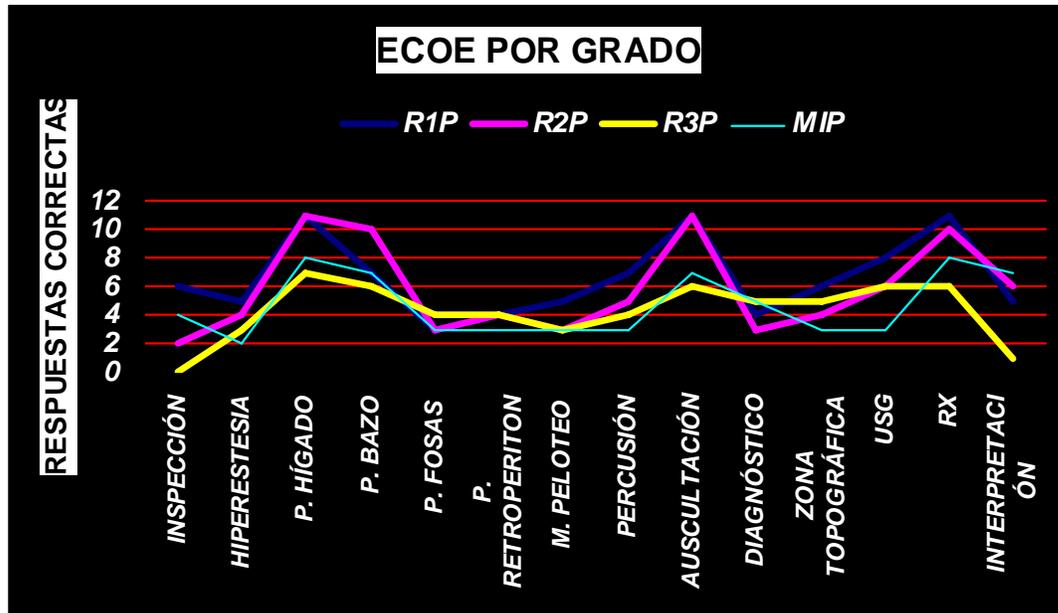


Fuente: ECOE

El estudio ECOE, se constituyó en dos fases (teórica-clínica) evaluó las habilidades de la exploración física de la región abdominal con las diferentes maniobras basadas en la propedéutica básica, de una estación con paciente simulado y, por otra parte también se evaluó el abordaje diagnóstico. Los 14 reactivos clínicos que analizaron las maniobras clínicas se evaluaron a través de calificaciones en realizadas o no realizadas en el grupo de 40 médicos del estudio, el valor de aciertos máximos fue 40 Puntos en forma general y diferente para cada grupo en forma independiente, en relación a las habilidades de la exploración de la región abdominal detectamos que las maniobras mas frecuentemente realizadas fueron la auscultación y la palpación (95%); cabe

mencionar que un 38% solo realizaron la maniobra de palpación para la región retroperitoneal y un 43% la maniobra de peloteo, el 57% realizo percusión, un 30% solo inspección. Grafica 4

Gráfico 4



Fuente: ECOE

La zona topográfica detectada con más frecuencia fue la región retroperitoneal con 22 detecciones (55%), y solo 10 (45%) fueron correctas; la región intraabdominal correspondió a 18 casos (45%) y solo 7 médicos contestaron en forma acertada. Los estudios de imagen mas solicitados fueron la radiografía de abdomen en un 85% y el ultrasonido con un 57.5%, ambos se solicitaron en un 19% el resto de estudios se muestran en la tabla 2.

En relación al diagnóstico establecido en el caso clínico, se solicito se indicara el estudio de imagen inicial y su interpretación; apreciando para la radiografía de abdomen 18 (51.4%) interpretaciones correctas y 7 (30.4%) para el ultrasonido abdominal, los de mas estudios fueron escasamente solicitados como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2**Estudios de imagen solicitados**

Estudios de imagen	N=40	%	Interpretación Correcta (%)
Radiografía de abdomen	35	87.5	18 (51.4)
USG	23	57.5	7 (30.4)
Rx y USG	19	47.5	17(89.4)
TAC	10	25	1(10)
RMN	1	2.5	0
Urografía	3	7.5	1(33)

Fuente: ECOE

La siguiente tabla muestra los resultados del análisis por separado de cada una de las variables examinadas determinando la sensibilidad, especificidad, VPP, VPN, IC y el índice kappa para el apoyo diagnóstico. El análisis demuestra la utilidad de la radiografía y USG solicitados en forma conjunta, en quienes obtuvo mayor correlación diagnóstica para la detección de tumores abdominales, contando con una sensibilidad de 100%, una especificidad del 91%, un VPP de 89%, y un VPN de 100%, valor de Kappa de 0.89 y un IC de 0.59-1.21. Con un valor de confiabilidad muy adecuado, evaluado por el valor Kappa de 0.89. Tabla 2, 3

Tabla 3

Análisis estadístico de las variables en forma aislada

	K	S %	E %	VPP %	VPN %	IC
Correlación de Maniobras clínicas con el diagnóstico						
P. retroperitoneal	0.23	52	73	60	68	-0.04 – 0.58
M. Peloteo	0.31	52%	78%	64%	69%	.01-0.63
P. Hígado	0.013	95	5%	42%	50%	-0.13 – 0.1
Auscultación	- 0.014	94%	6%	41%	50%	- 0.13 – 0.1
Intraabdominal	-0.015	41%	40%	28%	56%	-0.47 - 016
Retroperitoneal	-0.01	55%	45%	45%	55%	-0.29- 0.31
Correlación de estudios de gabinete con su interpretación						
Radiografía	0.29	100	22%	51%	100	0.02 – 0.4
USG	-0.33	38%	27%	30%	35%	-0.63 -0.03
Correlación de estudios gabinete y diagnostico clínico						
USG y Radiografía	0.89	100	91%	89%	100	0.59 – 1.21
USG	-0.2%	64%	4%	33%	14%	-0.49 -0.06
Radiografía	-0.16	76%	4%	37%	3%	-0.35 – 0.01

S= sensibilidad, E= especificidad, VPP= Valor predictivo positivo, VPN= Valor predictivo negativo, K= valor Kappa, IC= Intervalo de confianza

Los 40 médicos estudiados tuvieron un diagnóstico adecuado en 17 (42.5%) y en 23 (57.5%) en forma incorrecta mostrados en la tabla 3, su distribución en los diferentes grados fue: R3P (29.4%), MIP (29.4%).R1 (23.5%) y R2P (17.6%).

Tabla 4

Tabla 4

Diagnósticos Correctos

Tipo de Tumor	N	%
T. Wilms	12	30.0
Hepatoblastoma	4	10.0
LNH	1	2.5
Incorrecto	23	57.5
Total	40	100

Fuente: ECOE

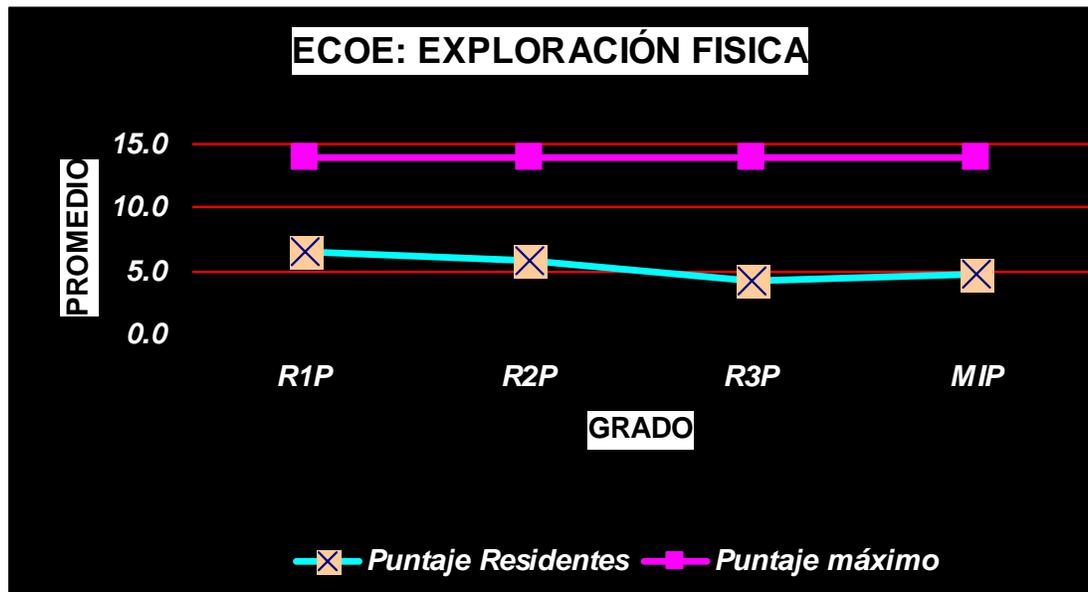
Como se puede observar en el gráfico número 5, se observa que existen grandes deficiencias en las habilidades en la exploración física de cada grupo de estudio, observando que existe un puntaje medio de aciertos para los R1P de 6.6 (47%), para los R2P de 5.9(42%), para los R3P de 4.3(30.7%) y de 4.7(33.5) para los MIP, siendo el puntaje mayor de 14 (100%), observando que los R3P tuvieron la puntuación más baja en la evaluación de la exploración física a través del ECOE. Tabla 5, Gráfico 5.

TABLA 5

HABILIDAD EN EXPLORACIÓN FÍSICA						
GRADO	n	%	MEDIA DE ACIERTOS	%	D.E.	%
R1P	14	35	6.6	47	2.7	19.2
R2P	11	27.5	5.9	42	3.3	23.5
R3P	7	17.5	4.3	30.7	2	14.2
MIP	8	20	4.7	33.5	2.2	15.7

FUENTE: ECOE

Gráfico 5



Fuente: ECOE

Así como también detectamos existe una marcada disminución en la realización de las habilidades clínicas por separado, ya que se demuestra que en promedio nuestra muestra de estudio tiene un puntaje medio de 3 (7.5%) al realizar inspección a diferencia de la palpación de abdomen donde el puntaje se eleva hasta 9(23%), y la auscultación a 8.5(21.8%), con un puntaje mínimo para la palpación de la zona retroperitoneal y maniobra de peloteo de 3.2 (8%) y 3.75(9.3%). Se detectó también que como ya se menciono anteriormente la radiografía de abdomen es el estudio de gabinete que mas se solicita con un puntaje promedio de 8.7(21%), sin embargo se sabe poco acerca de su correcta interpretación al hablar de tumores abdominales con un puntaje promedio de 4.7(11.8%). Realizando diagnósticos muy bajos en general con un puntaje promedio de 4.6 (10%).

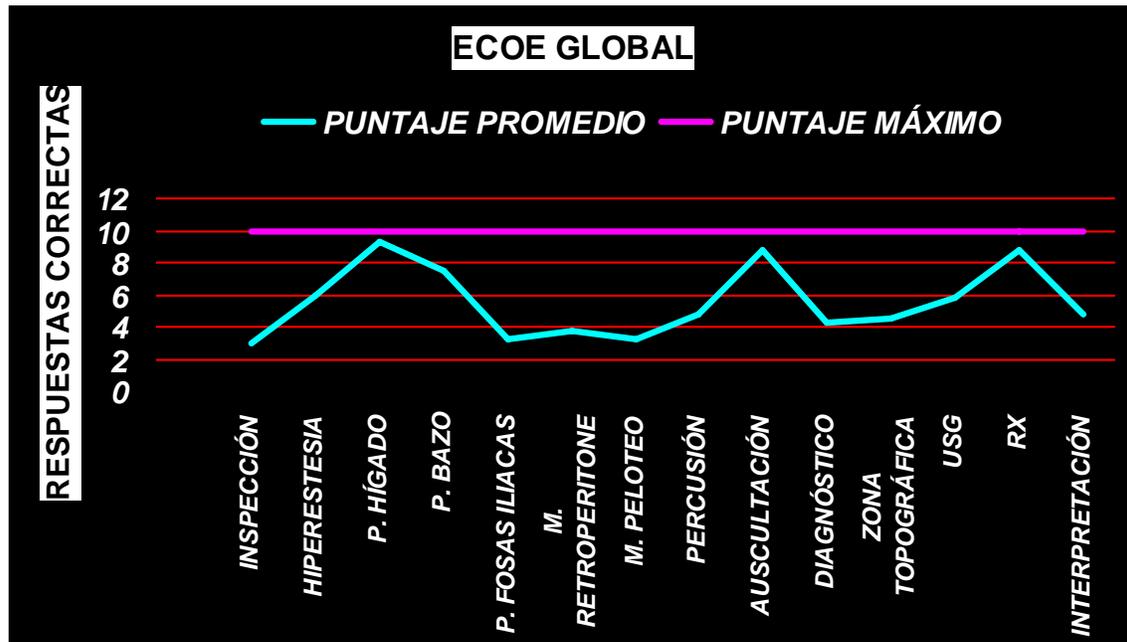
Tabla 6

ECOE CLÍNICO

HABILIDAD PRÁCTICA	x	%	D.E.	%
INSPECCIÓN	3	7.5	2.6	6.5
HIPERESTESIA	6	15	1.3	3.2
P.HÍGADO	9.25	23	2.1	5.3
P. BAZO	7.5	18.7	1.7	4.2
P.FOSAS	3.25	8.1	0.5	1.2
M. RETROPERITONEAL	3.75	9.3	0.5	1.2
M.PELOTEO	3.2	8	1.0	2.5
PERCUSIÓN	4.75	11.8	1.7	4.2
AUSCULTACIÓN	8.75	21.8	2.6	6.5
DIAGNÓSTICO	4.25	10.6	1.0	2.5
ZONA TOPOGRÁFICA	4.5	11.2	1.3	3.2
USG	5.75	14.3	2.1	5.2
RX	8.75	21.8	2.2	5.5
INTERPRETACIÓN	4.75	11.8	2.6	6.5

Fuente: ECOE:

Gráfico 6



Fuente: ECOE

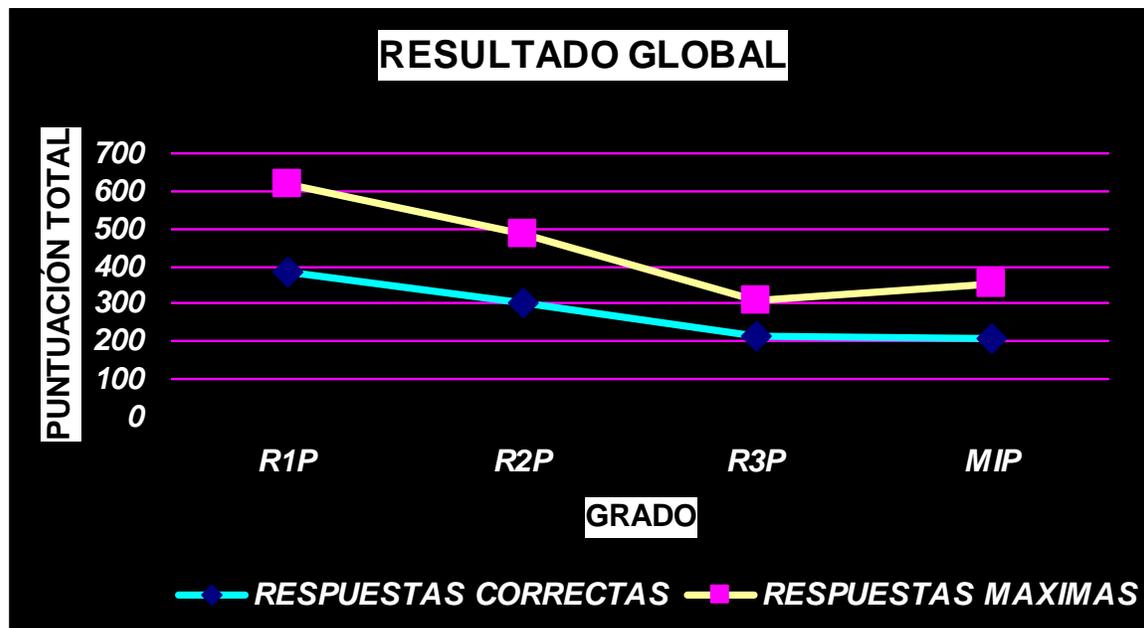
Por ultimo debemos mencionar que se suman las respuestas correctas de todo el ECOE tanto de conocimiento teórico como también de las habilidades en la exploración abdominal para cada grupo y de donde se obtiene el gráfico numero 9, observando que para los R1P el porcentaje de aciertos fue de 66.2%, el mismo que para los R2P, sin embargo los R3P obtuvieron un porcentaje mayor de 69%, y los médicos internos siendo el grupo que menos porcentaje de aciertos obtuvo con un 59%.

TABLA 7

CONOCIMIENTO TEÓRICO						
GRADO		%	MEDIA DE ACIERTOS	%	D.E	%
R1P	14	35	20.8	33.5	2.9	4.6
R2P	11	27.5	19.9	32	3.4	5.4
R3P	7	17.5	22	35.4	2.6	4.1
MIP	8	20	17.6	28.3	2.1	3.3

FUENTE: ENCUESTA DE TESIS

Gráfico 7



Fuente: Encuesta de tesis y ECOE

DISCUSIÓN

Los conocimientos teóricos evaluados, en general presentaron una baja proporción de aciertos en la sospecha de un tumor de acuerdo a la edad de presentación. El grupo de Residentes de 1 año de pediatría mostraron el mayor número de aciertos, y se registro para los Residente de 2 año la menor proporción de respuestas correctas quienes en teoría debería estar mas capacitados, sin embargo, en otros estudios de tesis realizados fuera del hospital a médicos de primer nivel de atención, en el servicio de oncología, con relación a la importancia que emite la edad del paciente para la sospecha de cualquier neoplasia, también se demostró un bajo nivel de conocimiento en aspectos epidemiológicos, por lo tanto, es posible que el conocimiento sea escaso en esta área cognitiva y requiera mayor adiestramiento.¹⁶

Todo diagnostico se acompaña de una adecuado interrogatorio en la historia clínica y de la exploración física, el estudio nos permite apreciar un tendencia lineal baja del nivel de conocimientos para la sospecha de un tumor abdominal, en los diferentes grupos de estudio, existen ciertas variaciones por grado académico; en el caso de los R3 representaron la mayor apuntación en esta parte de la evaluación, esto sugiere que quizás tiene mayor juicio para el razonamiento del caso, aun así; su tendencia permanece lineal como en la mayoría de los grupos, sugiriendo un bajo conocimiento. Las manifestaciones clínicas mas detectadas en forma correcta fueron: el dolor abdominal crónico, el vomito y el mal estado general, no denotaron la importancia que conlleva la referencia de la presencia de una masa abdominal palpada por parte de los padres, la fiebre, estreñimiento y distensión abdominal fueron escasamente relacionadas con la presencia del tumor.

La evaluación de las habilidades por parte del medico a través del ECOE en nuestro estudio, evidencio una gran deficiencia en las habilidades practicas al no realizar de forma metódica la exploración física de la región abdominal. En forma constante se aprecia olvido en los pasos a seguir en la técnica de exploración, en forma especifica mencionamos déficit en la inspección, palpación de la región retroperitoneal, maniobras de peloteo y percusión. Las maniobras realizadas mas constantes en todo el grupo

evaluado fueron la palpación de hígado, bazo y auscultación. Podemos decir que para el hospital en general esto traduce una situación de importancia alarma y necesidad de recapitular la propedéutica medica en la pediatría clínica. Por otra parte el habito de realizar una exploración física incompleta demostró en este estudio no tener significancia estadística cuando las maniobras se utilizar en forma aislada, por lo tanto, las deficiencias en los aspectos clínicos detectados, nunca permitirán la sospecha de un tumor abdominal, viéndose manifestado en el error diagnostico, y en el ejercer de la profesión de los médicos entrenados en el HIES.

Algo importante que pudimos identificar fue el apoyo de gabinete en las ruta diagnóstica de un tumor abdominal, casi la totalidad de la muestra solicito una radiografía de abdomen de primera elección, ante la sospecha de un tumor abdominal, el segundo estudio solicitado correctamente fue el ultrasonido, sin embargo; solo la mitad conoce el motivo y la interpretación adecuada de los mismos. Hemos mencionado que el realizar las habilidades de la exploración en forma aislada no favorece la posibilidad diagnostica, investigamos si los estudios de gabinete demostraban en forma independiente la asociación para el diagnostico y obtuvimos significancia estadística solo para la solicitud conjunta del USG y radiografía abdominal, esto nos explico que el gabinete es un auxiliar indispensable en el abordaje de un tumor abdominal, situación que deberá estar apoyado por la sospecha diagnostica; estos resultados se basan en quienes si acertaron correctamente el diagnostico.

El tumor de Wilms (30%) fue el diagnostico mas sospechado, inferimos este diagnostico fue el mas frecuente, por ser la primera causa de tumores abdominales en la edad pediátrica, en forma adecuada un 42.5% acertaron el diagnostico final, esto muestra las deficiencias en el conocimiento de los tumores abdominales.

Es muy importante los resultados que ha arrojado este estudio para nuestro hospital, ya que como hemos podido constatar en cada uno de los gráficos, observamos primeramente deficiencias en la exploración física. En forma global, el promedio de calificación para el examen fue de 63 , con diferencias especificas por grupo de estudio; por ejemplo, el R3P obtuvo el mayor porcentaje de respuestas correctas, sin embargo tiene deficiencias en la exploración por obviar parte de la misma y no realizada de forma sistemática, sin embargo también es el que presenta el mayor porcentaje de puntuaciones

correctas en el examen teórico, que explica porque tiene mayor calificación del examen global, lo que no demuestra que sea el más capacitado para la detección de un tumor abdominal, aquí influye el mayor juicio emitido por la experiencia a pesar de que no demuestra tener claro el conocimiento

Toda esta información deberá implementar diferentes métodos de enseñanza y aprendizaje para poder retomar nuevamente la exploración física y las bases de la propedéutica como parte fundamental de nuestro quehacer médico y así poder llegar a diagnósticos más precisos y a un estudio mas razonable e integral de nuestros pacientes.

Este estudio no solo tiene alcance para el servicio de oncología en particular, es una base para poder llevar estudios con mayor amplitud y no solo a nuestros residentes en formación, si no para poder determinar las deficiencias en médicos generales del primer nivel de atención que son los médicos de primer contacto con nuestros pacientes pediátricos.

Sería recomendable evaluar la integración de este tipo de estudios y evaluación lo que sugiere implementar asesorías en las áreas clínicas para reforzar la instrucción de la exploración abdominal, ya que como se comenta en la literatura es la piedra angular en el diagnóstico de un tumor abdominal y esto podría influir negativamente en el tiempo de latencia para el diagnóstico y pronóstico de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

- Los conocimientos teóricos fueron muy similares entre los 4 grupos estudiados, teniendo mayor capacitación los residentes de primer año para la detección de tumores abdominales según la presentación por edades, y los residentes de tercer año para la detección de manifestaciones clínicas tempranas.
- Existen deficiencias importantes en la exploración física de la zona abdominal en todos los grupos estudiados, en particular del R3P
- No hay una habilidad clínica por si sola que nos ayude a diagnosticar al 100% un tumor abdominal, debemos apoyarnos en todas las maniobras para poder llegar a determinar la localización topográfica del tumor y posteriormente auxiliarnos en los estudios de gabinete
- Existen deficiencias en la interpretación de los estudios de imagen ya que menos del 50% sabía interpretarlos ante la sospecha de una tumor abdominal, a pesar de haber solicitado en forma adecuada el estudio pertinente para cada caso.

RECOMENDACIONES

- Instituir adiestramiento en la exploración física de la región abdominal a todos los residentes de los diferentes grados de la especialidad y los médicos internos de pregrado
- Construir talleres clínicos para la instrucción adecuada en la interpretación de estudios de gabinete y los estudios de imagen de elección en la detección de cada tumor abdominal
- Construir diferentes métodos de evaluación que integren el conocimiento teórico y las habilidades clínicas con el fin de otorgar al médico en formación una capacitación más integral
- Difundir los resultados obtenidos de este estudio a todos los médicos encargados de capacitación y adiestramiento médico para poder otorgar soluciones en conjunto del problema en el que se encuentran los residentes y alumnos en formación.
- Dar a conocer las deficiencias a cada grupo de estudio para que se enfatizen las necesidades de capacitación y adiestramiento en cada grado en particular.

ANEXOS

(Anexo 1)

Encuesta de tesis acerca del abordaje de masa abdominal en el primer nivel de atención.

1.-Marque con una X la edad mas frecuente de presentación de los tumores abdominales.

Tumores abdominales	RN	1 a 3 años	3 a 5 años	Escolares	Adolescentes
T. Wilms					
Neuroblastoma					
Hepatoblastoma					
Linfoma					
Germinales					
Sarcoma					

2.-En cuanto a la sintomatología que presentan los pacientes coloca una X en la columna que corresponda según la categoría que presentan los pacientes, con tumoración abdominal.

Síntomas	nunca	Poco frecuente	frecuente	Siempre
Detección por parte de los padres de tumoración abdominal				
Detección por parte del medico de tumoración abdominal				
Dolor abdominal crónico				
Mal edo. gral.(astenia, adinmia, perdida de peso)				
Fiebre				
Vómitos				
Estreñimiento				
Distensión abdominal				

(ANEXO 2)

MATERIAL PARA EL MEDICO EVALUADO

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente la presentación clínica y siga las indicaciones que se le solicitan a continuación. Cuenta usted con 10 minutos.

PRESENTACION CLÍNICA.

Paciente masculino de 3 años de edad, quien cuenta con cuadro de dolor abdominal crónico e intermitente de 6 meses de evolución acompañado de constipación y distensión abdominal, astenia, adinamia, perdida de peso cuenta con TA de 140- 90mmHg y Fc de 110lpm

1. Realice la exploración física de la región abdominal.

2. Se detecta una lesión ocupativa del abdomen, localizada a la zona dorsal posterior, de características sólidas de 10X10 cm, en la parte derecha y se detecta maniobra de peloteo positiva, usted pensaría en:

3. Según la zona afectada en el paciente anterior la patología que presenta se localiza en la zona:

- a) Intraabdominal**
- b) Retroperitoneal**

c) Pelvica

3. Marque con una X los estudios de gabinete que se deben emplear como primera opción y con que frecuencia se utilizan con respecto a la zona afectada en nuestro paciente

	Siempre	La mayor parte de las ocasiones	Ocasionalmente	Nunca
USG				
Rx. de abdomen				
TAC de abdomen				
RMN				
Urografía excretora				

4. Según el estudio que más a menudo se debe utilizar como primera opción según el caso clínico presentado anteriormente usted detecta en el mismo:

- a) Desplazamiento de gas en las asas intestinales
- b) Lesiones quísticas y sólidas
- c) Deformidad pielocalicial uni o bilateral
- d) Adenopatías bilaterales, con lesiones ocupativas.

MATERIAL PARA EL MEDICO EVALUADO

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente la presentación clínica y siga las indicaciones que se le solicitan a continuación. Cuenta usted con 10 minutos.

PRESENTACION CLÍNICA.

Paciente masculino de 6 meses de edad, quien cuenta con cuadro de distensión abdominal de 1 mes de evolución acompañado de vómitos postprandiales tardíos y fiebre intermitente, el laboratorio reporta BT de 3, BD de 2.7, BI 0.3 y Hb de 8.

1.-Realice la exploración física de la región abdominal.

2. Se detecta distensión abdominal importante a la inspección, a la palpación se detecta una tumoración en hemiabdomen superior de 10X5cm de bordes regulares no dolorosos, no detecto esplenomegalia, usted pensaría en:

MATERIAL PARA EL MEDICO EVALUADO

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente la presentación clínica y siga las indicaciones que se le solicitan a continuación. Cuenta usted con 10 minutos.

PRESENTACION CLÍNICA.

Paciente masculino de 6 años de edad, quien cuenta con cuadro de constipación crónica e intermitente de 6 meses de evolución acompañado de dolor leve e inespecífico y distensión abdominal, astenia, adinamia, perdida de peso, así como fiebre y ocasionalmente vómitos.

1. Realice la exploración física de la región abdominal.

2. Se detectan ruidos peristálticos disminuidos, distensión abdominal importante, a la palpación se detecta una tumoración en mesogastrio irregular de bordes poco definidos de 10X5 no doloroso, no detecto esplenomegalia, adenopatías inguinales y axilares, usted pensaría en:

BIBLIOGRAFÍA

1. Covarrubias, E. Rendón GH. 2005. Tumores malignos en niños hospitalizados por una masa abdominal. *Rev Méx Pediatr* ;72(2):61-64
2. Ramos, R.. Rodríguez, L. Gómez, J. Domínguez, M. 2000. Actitud Diagnóstica ante una masa abdominal en la infancia. *Can Pediatr*; 24 (1):57-59
3. Herrera, JMH 2001. Masas abdominales en el niño. *Rev Chil Pediatr* ;72 (1):
4. Campbell, MB. Ferreico, MC. Bronda, MA. 1999 M. Tumores malignos en la infancia. Orientación diagnóstica. *Rev Chil pediatr*; 70(6): 464-469
5. Fernández, FI. García, MD. Trejoda, CS 2001. Masas abdominales en la infancia. *Bol Pediatr*; 41:122-130
6. Pereida, A. Santos, S. Mota, F. 2003. Tumores sólidos en niños y adolescentes. *Rev Venez Oncol*;15(3): 161-169
7. Covarrubias, EG. 2007. Cuando sospechar en cáncer *Bol Clin Infant Edo Son*;24(1): 32-37
8. Mejía, AJ. Flores, AH. Vázquez, LJ. 2005. Edad de aparición de los diferentes tumores malignos en la infancia. *Rev Med IMSS*; 43(1):25-37
9. Fajardo, AG. 1999. Diagnóstico Temprano en el Primer Nivel de Atención Médica de los Niños con Cáncer. *Ibid en Epidemiología Descriptiva de la Neoplasias Malignas en Niños*. Ed Pan Sal Pub. 355-376
10. Schwartz, A. 1983. The Cancer Problem in Pediatrics: Epidemiologic Aspects. *Malignant diseases of Infancy Childhood and Adolescence*; second edition, editorial W.B. Company, págs 4-17
11. Sumario, "En España cada año se diagnostican 1500 nuevos casos de tumores infantiles"; *Sístole*, octubre 2001, Págs. 41-42
12. Rodrigues, KE. Camargo, B. 2003. Diagnóstico precoz do Cancer Infantil; *Rev. Assoc. Med. Bras.*; 49(1):29-34
13. Villarruel, CM. 2006. Diagnóstico Precoz del Cáncer Infantil. *Revista Medica de Clínica Las Condes*; 17(2):35-39
14. Rendón H. Diagnostico precoz de LLA 2006 Estudio preliminar.
15. Sainz, VY. 2006. Los padres de hijos con cáncer narran acerca del prediagnóstico de

sus hijos. HIES.

16. López B. 2006 HIES.
17. Covarrubias, GE. Bojorquez, ZA. 2000. Tumor de Wilms. Experiencia en el diagnóstico y en el tratamiento de 19 niños. *Rev Méx Pediatr*; 67(6): 252-254
18. Covarrubias, EG. Arias, MJ. 1999. Neuroblastoma: Cuadro clínico y resultados de tratamiento. *Cordero OA Bol Clin HIES*; 8(1): 11-15
19. Arroyo, AB. Covarrubias, EG. López, CG. 1992. Tumores de células Germinales de ovario experiencia en el Hospital Infantil del Estado de Sonora (1977-1990). *Bol Clin HIES*; 9(2): 60-2
20. Verdecia, CC. Portugués, D. 2006. Tumores germinales malignos de ovario en niñas y adolescentes. *Rev Cubana Pediatr*; 78 (4):
21. 9. Quero, HA. Hernández, AJ. López, SZ. 2005. Tumores del ovario en niñas y adolescentes en un hospital general. *Rev Mex Pediatr*; 72 (4) : 174-178.
22. Rivera Luna R, El niño con cáncer, los padecimientos más comunes para el médico no especialista. Editorial TEVA, Primera edición, México D.F. 2007.
23. .Salvatierra A. Latouche Y, Vanegas T. 2004. Tumores hepáticos en niños: hepatoblastoma. *Rev Venez Oncol*; 16 (1): 50-53.
24. Ponce de León, CME. Ortiz, MA. Bonilla, GI. Berlanga, NF. 2006 Evaluación integral de competencia clínica. *Arch Med Fam*; 8(2): 119-129
25. Fernández, PI.. Escala de tipo Lickert. Centro de investigación y asistencia técnica. Barcelona
26. De Serdio, RE. 2002 ECOE: Evaluación clínica objetiva estructurada, Área docente. *Med de Fam*; 3(2): 127-132
27. Duarte, D. 2006. Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Millar; *Rev. Hosp. Ital. B. Airtes*; 26(2): 55-61
28. . Rivera, LR 2005. La oncología pediátrica en el 2005 en México. *Gamo*, May- Jun 4(3): 33