

Factores del ambiente clínico de aprendizaje en relación al desempeño académico de residentes de cirugía.

Clinical factors learning environment in relation to academic performance surgical residents

Julio César Viñas Dozal *, Silvia Maria Quirino*, Manuel Saiz Calderón Gómez *, Mario González Santes**, Pedro Gutiérrez Aguilar*

* Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Región Veracruz.

**Facultad de Bioanálisis, Universidad Veracruzana, Región Veracruz.

Correspondencia

Dr. Julio César Viñas Dozal
Facultad de Medicina
Universidad Veracruzana, región Veracruz.
Calle Iturbide s/n
Colonia Flores Magón
Veracruz, Ver.
Teléfono: 229 7 75 2000 extensión 26103
e-mail: jvinas@uv.mx

Recibido para su publicación: 20-10-2015

Aceptado para su publicación: 30-10-2015

RESUMEN

Introducción: La evaluación educativa es uno de los ejes rectores del proceso enseñanza-aprendizaje. (3,4) Actualmente demanda nuevos enfoques para perfeccionar la formación de especialistas y elevar la calidad de atención médica.4

Objetivo: Identificar los factores del ambiente clínico de aprendizaje en relación al desempeño académico de Residentes de Cirugía. **Material y método:** Estudio comparativo con muestra de 9 médicos residentes de Cirugía General. Variables de estudio: grado, sexo, edad, instrumento de evaluación de ambientes clínicos y examen de conocimientos. **Resultados:** En el Examen de conocimientos el aprovechamiento fue similar en ambas instituciones, aunque por debajo de la media Nacional (62.33). En el Instrumento de Evaluación un 77.9% se refiere a Relaciones Interpersonales como mejor evaluadas, 72.2% a la Dinámica del Servicio, 66.9% al Programa Educativo y 61.5% a la Cultura Institucional como la peor evaluada.

Discusión: En algunos estudios se demuestra que la Dinámica del Servicio (DS) es el aspecto central que

influye en los otros ambientes. **Conclusión:** La evaluación de las Dimensiones muestra que la Dinámica del servicio, Programa Educativo y Cultura Institucional son menos favorables lo cual puede explicar los bajos resultados en el examen de conocimientos.

Palabras clave: Aprendizaje, Relaciones Interpersonales, Programa Educativo, Cultura Institucional, Dinámica del Servicio.

ABSTRACT

Introduction: Educational assessment is one of the guiding principles of the teaching-learning process. Currently it demands new approaches to improve the training of specialists and raising the quality of medical care. **Objective:** To identify factors of clinical learning environment in relation to academic performance of Surgery Medical Residents. **Material and methods:** Comparative study was performed with the sample of 9 medical General Surgical residents. **Study variables:** degree, sex, age, an assessment instrument of clinical

Factores del ambiente clínico de aprendizaje en relación al desempeño académico de residentes de cirugía.

learning environments and knowledge test were applied. **Results:** Knowledge test showed that academic progress was similar in both institutions, but below the national average (62.33). In the assessment instrument 77.9% refers to as best evaluated Interpersonal Relations, 72.2% to the Dynamic Service, 66.9% to Educational Program and 61.5% to the Institutional Culture as the worst evaluated. **Discussion:** Some Research shows that Dynamic Service is more important than the other clinical learning environment. **Conclusion:** The assessment shows that Service Dynamic, Educational Program and Institutional Culture are less favorable towards restricting clinical learning environments, which may explain poor results in knowledge test.

Keywords: Learning, Interpersonal Relations, Educational Program, Institutional Culture, Dynamic Service.

INTRODUCCIÓN

Hasta el siglo xx, los textos de Hipócrates y las experiencias propias del ensayo-error seguían siendo la base de los conocimientos en medicina. Los posteriores cambios acontecidos se tradujeron también en la enseñanza de la medicina que debía adaptarse finalmente a los cambios vertiginosos y constantes que se sucedían en todos los campos del conocimiento.⁽¹⁾

En la formación de profesionistas se busca una sólida preparación disciplinaria, teórica, práctica y de investigación aplicada que le permita, en el ejercicio profesional, utilizar los conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes en beneficio del ser humano conforme al perfil del egresado de un programa de estudios.^(2,3)

La evaluación educativa es uno de los ejes rectores del proceso enseñanza-aprendizaje, que permite en diferentes momentos y desde distintas perspectivas coadyuvar en la formación y valorar en qué medida los estudiantes han adquirido las competencias, acorde con su perfil de egreso.^(3,4)

En la actualidad la evaluación del aprendizaje demanda un compromiso renovado para desarrollar otras estrategias de evaluación objetivas por parte de los profesionales de la salud: médicos-docentes, para ser partícipes de los nuevos enfoques educativos, con el fin de perfeccionar la formación de los médicos y elevar así la calidad de la atención de los pacientes. Por lo que el objetivo de este estudio fue identificar los factores del ambiente clínico de aprendizaje en relación al desempeño académico de Residentes de Cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio comparativo, en la Coordinación Regional de Especialidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana y los Programas Académicos de la Especialidad de Cirugía en el Hospital Regional de Alta Especialidad del ISSSTE de Veracruz y en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz de la Secretaría de Salud de Noviembre de 2014 a Enero 2015. Se trata de una muestra a conveniencia elegida de acuerdo a la base de datos de la Coordinación Regional de Especialidades Médicas tomando en cuenta a los médicos residentes de Cirugía General del Puerto de Veracruz dependientes de la Universidad Veracruzana, así como también a aquellos que realizaron el Examen Departamental de Conocimientos y contestaron el instrumento de evaluación previamente formulado. Dicha muestra está conformada por 9 médicos residentes: 3 del HRAEV ISSSTE y 6 del HAEV SSA.

Previo registro en el comité científico del Hospital, se aplicó el Instrumento de Evaluación de los Ambientes Clínicos de Aprendizaje. El instrumento se aplicó por el investigador, previo consentimiento informado verbal a 6 Médicos Residentes del HAEV SSA y 3 Médicos Residentes del HRAEV ISSSTE. La muestra es a conveniencia elegida de acuerdo a la base de datos de la Coordinación Regional de Especialidades Médicas tomando en cuenta a los médicos residentes de Cirugía General del Puerto de Veracruz dependientes de la Universidad Veracruzana, así como también a aquellos que realizaron el Examen Departamental de Conocimientos. Se les facilitó el instrumento para que lo contestaran en un tiempo promedio de 20 minutos.

Del mismo modo se recolectaron los resultados del Examen Departamental de Conocimientos de la UNAM por parte de la Coordinación.

Se apega a la ley General de salud en materia de investigación y se considera con riesgo ético mínimo.

Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó la media, mediana, cuartiles, desviación estándar, varianza, intervalo de confianza de 95%, razones y proporciones, la estadística inferencial se utilizó para la determinación de t de student para muestras comparativas, pruebas de normalidad con Shapiro-Wilk, con nivel de significancia de 0.05, el paquete estadístico utilizado fue el IBM-SPSS, versión 22.0 para Windows.

Factores del ambiente clínico de aprendizaje en relación al desempeño académico de residentes de cirugía.

RESULTADOS

Se incluyeron solo médicos residentes que realizaron tanto la Encuesta de Evaluación de los ambientes Clínicos de Aprendizaje como el Examen Departamental Anual de Conocimientos. Por lo anterior entraron al estudio 6 médicos residentes del HAEV de la SSA y 3 del HAEV del ISSSTE.

De los 9 residentes se observó una media de 29.44 ± 1.58 , mediana de 29, rango de 6(27-33) años, predominaron los hombres 6 (66.7%), en estado civil fueron 6 (66.7%) solteros(as), con respecto a la escuela de procedencia 2 (22.2%) fueron de la Universidad Veracruzana y de la Universidad Autónoma de Guadalajara respectivamente, y solo se presentó 1 (11.1%) de las Universidades de UACH, USLP, IPN, UAZ, UVR. En relación al grado académico, 4 (44.4%) corresponden al 4º grado (R4), 2 (22.2%) de 3º grado (R3) y 3 (33.3%) se 2º grado, 6 (66.7%) están inscritos en el HAEV de la SSA y 3 (33.3%) en el HRAEV del ISSSTE.

La aplicación del examen de conocimientos fue específico para cada grado y se compararon los resultados por sede institucional encontrando lo siguiente: la media del HRAEV ISSSTE fue de 59.00 ± 6.24 discretamente mayor en relación a la media del HAEV SSA que fue de 54.50 ± 7.03 ; sin diferencia significativa t student ($p > 0.05$), la distribución de los datos no fue diferente a la distribución normal S-W ($p > 0.05$).

Independientemente de que el primer grupo obtuvo un promedio superior, esta diferencia fue dada por azar, por lo tanto el aprovechamiento es similar en ambas instituciones, pero por debajo de la media Nacional que es de 62.33 (Figura 1).

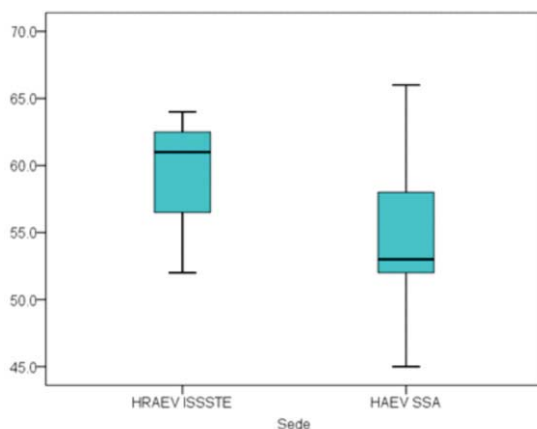


Figura 1. Características de las Calificaciones de los Residentes de Cirugía General, Facultad de Medicina, Veracruz, Ver., 2014 – 2015. n=9

RELACION INTERPERSONAL: En esta dimensión sobresale que 7 (77.8%) refirieron que casi siempre existió buena comunicación en términos educativos entre médicos residentes y su profesor, 3 (33.3%) regularmente hubo interés del profesor, 6 (66.7%) tomaron casi siempre al profesor como ejemplo a seguir en el desempeño profesional, 4 (44.4%) opinaron que regularmente hay resolución satisfactoria de los conflictos interpersonales, 5 (55.6%) consideraron que casi siempre existió congruencia entre las propuestas académicas y la práctica clínica, 5 (55.6%) respondieron que se dio regularmente el reconocimiento del trabajo por parte de su servicio.

PROGRAMA EDUCATIVO: En la Dimensión del Programa Educativo y su implementación, 8 (88.9%) médicos residentes consideraron que el método de aprendizaje en su servicio les permite obtener capacidad cognoscitiva y técnica para resolver problemas, 3 (33.3%) respondieron que casi nunca existió congruencia entre el programa académico y las actividades académicas que se desarrollaron durante la residencia, 5 (55.6%) mencionaron que casi nunca los recursos tecnológicos con los que cuenta el servicio se adecuan a las nuevas necesidades educativas, 4 (44.4%) contestaron que regularmente se evaluó en base al desempeño académico y la supervisión de las competencias alcanzadas en la práctica clínica – quirúrgica respectivamente, 3 (33.3%) manifestaron que en algunas ocasiones y casi nunca se promueve la participación en eventos científicos de su especialidad, 4 (44.4%) reportaron que en algunas ocasiones existió retroalimentación del profesor después de la evaluación, 5 (55.6%) dijeron que regularmente el ambiente clínico en el servicio médico donde desempeña sus actividades es propicio para la educación como especialista y 5 (55.6%) señalaron que el programa de su especialidad propició regularmente la participación gradual en la práctica clínica.

CULTURA INSTITUCIONAL: En la Dimensión sobre Cultura Institucional, 4 (44.4%) residentes consideraron que regularmente y en algunas ocasiones la Organización Institucional permite y propicia el desarrollo académico, 5 (55.6%) mencionaron que regularmente las jerarquías institucionales son respetadas en el actuar cotidiano de la Unidad Médica, 4 (44.4%) dijeron que en algunas ocasiones hubo apego a la recomendación de la NOM 090-SSA-1-1994 relativa a las residencias médicas, 6 (66.7%) opinaron que en algunas ocasiones se siguieron las Normas y Guías Clínica Oficiales por parte del Hospital, 4 (44.4%) señalaron que en algunas

Factores del ambiente clínico de aprendizaje en relación al desempeño académico de residentes de cirugía.

ocasiones existió disposición Institucional para implementar cambios que propicien el desarrollo educativo de los residentes y 5 (55.6%) refirieron que casi siempre sintieron orgullo de pertenecer al servicio donde realizan su curso de especialización.

DINAMICA DEL SERVICIO: En la Dimensión sobre Dinámica del Servicio, 6 (66.7%) opinaron que casi siempre el trabajo que realizaron cotidianamente les permitió desarrollarse académica y profesionalmente, 5 (55.6%) dijeron que regularmente se estimuló la creatividad e innovación mediante proyectos que culminaran en investigación científica, 3 (33.3%) consideraron que casi siempre, regularmente y en algunas ocasiones el pase de visita y/o atención en la consulta externa constituyó una oportunidad para el aprendizaje, 4 (44.4%) mencionaron que regularmente y en algunas ocasiones la entrega cotidiana de la guardia fue una oportunidad para la enseñanza y el aprendizaje, así como el hecho de que en su servicio se den las condiciones para que se generen nuevas ideas y propuestas respectivamente, 5 (55.6%) señalaron que regularmente se motivó la aplicación de conocimientos científicos a la solución de problemas locales y 4 (44.4%) contestaron que regularmente se promovió en su servicio el trabajo con profesionistas fuera del área de la salud.

Finalmente, la evaluación de las dimensiones desde la perspectiva de los médicos residentes define que las Relaciones Interpersonales cumplen con el 77.9% de sus expectativas, seguido de la Dinámica del Servicio con 72.2%, el Programa Educativo con 66.9%, y por último la Cultura Institucional con 61.5%.

DISCUSIÓN

En cuanto a la Dimensión de las Relaciones Interpersonales entre los residentes de Cirugía General y su profesor, se considera que fue efectiva en términos educativos la comunicación del profesor, así como el profesor como ejemplo a seguir en el desempeño profesional y la congruencia entre las propuestas del profesor y la práctica, sin embargo preocupa el interés del profesor más allá de la relación profesional así como en la resolución de conflictos interpersonales y el reconocimiento del trabajo en el servicio correspondiente.

En un estudio realizado en Médicos residentes del Hospital General de México denominado "Evaluación de la satisfacción educativa de médicos residentes" se concluyó, que aunque es de origen multifactorial la percepción del nivel de desempeño del profesor titular se perfiló como el determinante más importante para

lograr la satisfacción de los médicos residentes.

En términos generales se puede considerar que aunque la media total en la Dimensión de Relaciones Interpersonales se encuentra hacia el extremo de lo expansivo, el ambiente de aprendizaje tiende a ser de manera discreta más favorable (expansivo) en el HAE SSA que en el HRAEV ISSSTE (Figura 2).

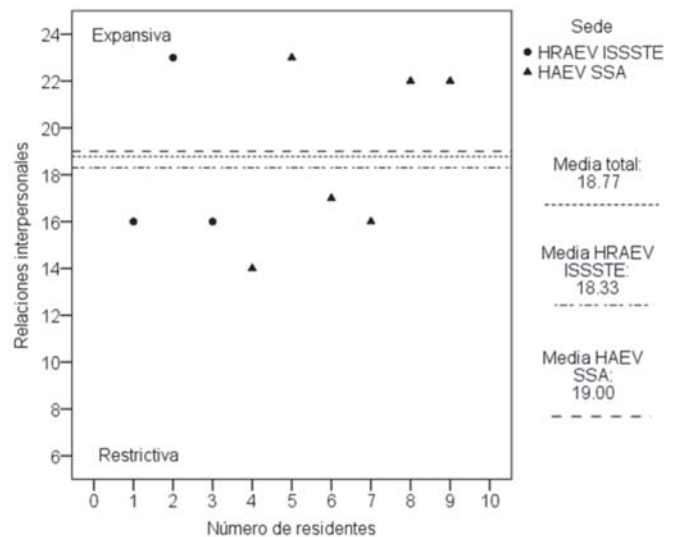


Figura 2. Evaluación de la Dimensión de Relaciones Interpersonales en Residentes de Cirugía General. Facultad de Medicina de Veracruz. 2014-2015

En relación a la Dimensión sobre Programa Educativo, en las respuestas de casi siempre y regularmente los alumnos dijeron que había un buen método de aprendizaje, un ambiente propicio para la educación y participación en la práctica clínica. Preocupa la baja congruencia entre PUEM y actividades, así como la percepción de falta de recursos tecnológicos acordes a las necesidades educativas actuales, falta de promoción para la participación en eventos científicos y nula retroalimentación después de evaluaciones. En esta Dimensión el ambiente de aprendizaje en términos generales tiende a ser menos favorable (menos expansivo), es evidente que en el HRAEV ISSSTE es un poco más favorable (expansivo) que en el HAEV SSA que tiende a ser menos adecuado (más restrictivo) (Figura 3).

Factores del ambiente clínico de aprendizaje en relación al desempeño académico de residentes de cirugía.

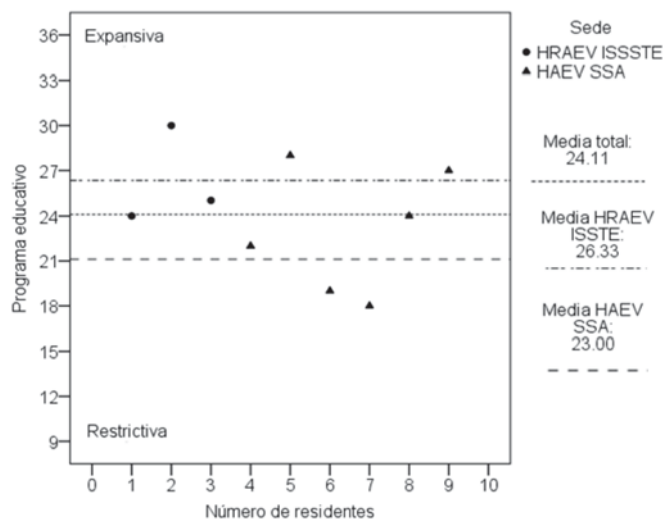


Figura 3.- Evaluación de la Dimensión de Programa Educativo en Residentes de Cirugía General. Facultad de Medicina de Veracruz. 2014-2015

En la evaluación sobre la Cultura Institucional en general los resultados fueron muy deficientes cuyas respuestas fueron regularmente y en algunas ocasiones, sobre todo en que la Institución no propicia el desarrollo académico, no respeto a las jerarquías, falta de apego a la Norma 090-SSA 1-1994 relativa las residencias médicas y falta de seguimiento de Guías Clínicas Oficiales, así como de la disposición institucional a los cambios que propicien el desarrollo educativo.

En esta Dimensión no es favorable el ambiente de aprendizaje en términos generales (más restrictivo), discretamente mejor (expansivo) en el HRAEV ISSSTE que en el HAEV SSA (más restrictivo) (Figura 4).

En la Dinámica del Servicio, la mayoría respondió entre regularmente y casi siempre, que el Trabajo les permite desarrollarse académica-profesionalmente y que se promueve el trabajo con profesionistas fuera del área de la salud y con baja percepción en la estimulación de la creatividad e innovación mediante proyectos que culminen en publicaciones científicas, baja percepción de que la guardia es una oportunidad educativa y de las condiciones para nuevas propuestas y aplicación del conocimiento científico.

Por otra parte el Ambiente de Aprendizaje tiende a ser de manera general menos favorable (menos Expansivo), se hace notar que tiende a ser más

restrictivo en el HAEV SSA que en el HRAEV ISSSTE (Figura 5).

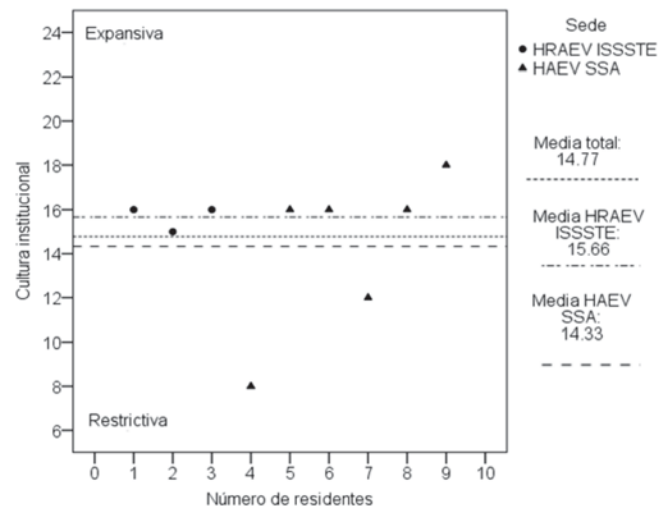


Figura 4.- Evaluación de la Dimensión de Cultura Institucional en Residentes de Cirugía General. Facultad de Medicina de Veracruz. 2014-2015

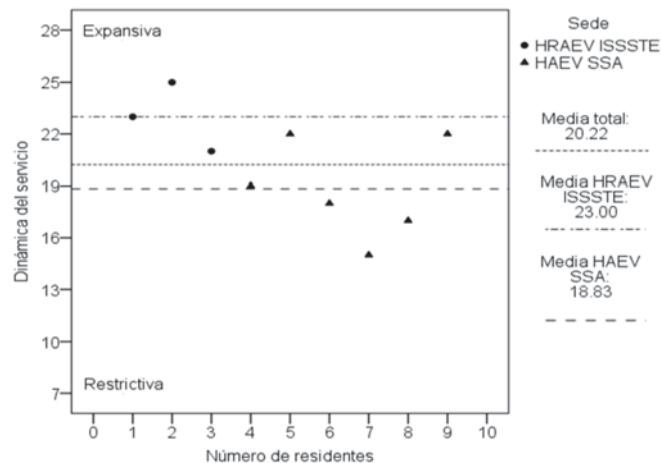


Figura 5.- Evaluación de la Dimensión de Dinámica del Servicio en Residentes de Cirugía General. Facultad de Medicina de Veracruz. 2014-2015

Educativa de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, presentado en el XXV Congreso Nacional y II Estatal de Medicina Familiar en Tampico en 2013, denominado "Ambientes Clínicos de Aprendizaje en servicios de Medicina Familiar" se plantea que la Dinámica del

Factores del ambiente clínico de aprendizaje en relación al desempeño académico de residentes de cirugía.

Servicio (DS) es el aspecto central que influye en los otros ambientes de Relaciones Interpersonales (RI), Programa Educativo (PE), Cultura Institucional (CI): Cuando la DS es adecuada favorece al PE, Cuando RI son adecuadas, favorecen a la DS, Cuando la CI es adecuada, favorece la DS y al PE.

CONCLUSIONES.

En este estudio el resultado de la evaluación de la Dimensión de Relaciones Interpersonales tiende a ser más favorable (expansivo) que el de las Dimensiones de Dinámica del Servicio, Programa Educativo y Cultura Institucional que son menos favorables con tendencia hacia lo restrictivo de los ambientes clínicos de aprendizaje, lo cual puede explicar la baja en el desempeño académico de los residentes.

El presente trabajo puede ayudar a sentar las bases para trabajos posteriores con mayor complejidad y composición a fin de poder evaluar de manera holística el Proceso de Enseñanza-Aprendizaje enfocado hacia los Ambientes Clínicos de Aprendizaje de las Especialidades Médicas en todas las Unidades Receptoras de Residentes y que permita identificar áreas de oportunidad para la mejora integral de los Programas.

REFERENCIAS

1. Ricarte-Diez JI, et al. Formación del residente desde su abordaje como adulto. EDUC MED 2008; 11 (3): 131-138.
2. Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE). Hacia nuevos modelos de enseñanza-aprendizaje en ciencias de la salud. Educ Med 2011; 14 (2): 91-99.
3. Borrego Mora P. et al. Influencia del tiempo de resolución de un examen departamental. Fac Med UNAM Mayo-Junio, 2005; 48(3): 101-105.
4. Flores Hernández F, Contreras Michel N. Evaluación del aprendizaje en la educación médica. Fac Med UNAM Mayo-Junio 2012; 55(3): 42-48.
5. Prados Torres JD, Santos Guerra MA. La evaluación de los MIR como un proceso de aprendizaje. Med Fam And 2000; 1 (1): 78-83.
6. Morán Barrios J, Ruiz de Gauna P. ¿Cómo evaluar al residente? Una visión para entornos complejos. [Internet] 2011. [10 de Septiembre de 2014]; Disponible en: www.ehu.es/SEMDE/publi.htm
7. Durante E. Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Miller. Hospital. B.Aires, Agosto 2006; 26 (2): 55-61.
8. Morán Barrios J. Estrategias e instrumentos de evaluación del residente. [Internet] 2008. [10 de Septiembre de 2014]; Disponible en: <http://www.ehu.es/SEMDE/publi.htm>
9. Brailovsky C, Centeno M.A. Algunas Tendencias Actuales en Educación Médica. REDU, Octubre 2012; 10 (número especial): 23-33.
10. Durante E. La enseñanza en el ambiente clínico: principios y métodos. REDU, Octubre 2012; 10 (número especial): 149-175.
11. Hamui A, Anzarut M. Construcción y validación de un instrumento para evaluar ambientes clínicos de aprendizaje en las especialidades médicas. Gac Med Mex 2013; 149: 394-405.
12. Gonzalez-Martinez, José; Evaluación de la satisfacción educativa de médicos residentes" Cir Cir 2011; 79: 156-167

Capacidad de los estudiantes para abordar un dilema ético en medicina

Students' ability to deal with an ethical dilemma in medicine

Armín Rivera-Moreno*, Pedro Gutiérrez-Aguilar*, Manuel Saiz Calderón-Gómez*, Julio César Viñas-Dozal,

* Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Veracruz, Ver.

Correspondencia:

Dr. Pedro Gutiérrez-Aguilar.
Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana
Iturbide s/n entre Carmen Serdán y Av. 20 de Noviembre
Col. Flores Magón
CP 91900
Veracruz, Ver.
Tel. 229 7 75 2000 extensión 26103
e-mail: pgutierrez uv.mx

Recibido para su publicación: 22-09-2015

Aceptado para su publicación: 30-09-2015

RESUMEN.

Introducción: Los dilemas éticos son situaciones sin solución aparente que todo médico se enfrenta a diario en su vida profesional y que generan repercusión, si existen dos o más valores éticos en conflicto, puede causar mayor dificultad al momento de tomar una decisión, por lo que no es fácil resolverlos y requiere de un mayor análisis, haciendo indispensable la jerarquización de los valores para poder solucionarlo, entendiéndose que no se puede resolver solo con intuición o sentido común. **Objetivo:** El presente trabajo fué realizado en base al proceso enseñanza – aprendizaje de la Experiencia Educativa de Bioética que permitió conocer como los alumnos de la Facultad de Medicina, Región Veracruz, abordan un dilema bioético. **Material y métodos:** el análisis realizado permitió evaluar la metodología que emplearon los alumnos para jerarquizar valores y principios, basándose en los fundamentos deontológicos, aretológicos y utilitaristas, todo partiendo de los conocimientos, habilidades y actitudes obtenidas, sumando la experiencia clínica que podrán ir

adquiriendo en su formación como médico general.

Resultados: con respecto a que postura toman por las acciones de los personajes como resultado se encontró que 2 alumnos (5.4%) no expresaron su postura, 21 alumnos (56.76%) intentaban abordar una postura, 12 alumnos (32.44%) tomaban una postura no tan firme y 2 alumnos (5.4%) tomaban una postura firme. **Conclusiones:** Respecto al análisis de las diferentes cuestiones planteadas se encontró que: 1 alumno no hizo el análisis correcto en su argumentación, 27 alumnos analizaron 1 o dos aspectos del planteamiento, 8 alumnos analizaron 3 aspectos, y que 1 alumno analizó y considero más de tres aspectos.

Palabras clave: capacidad, evaluación, dilema, bioética, rúbrica.

ABSTRAC

Introduction: Ethical dilemmas are situations with no apparent solution to every physician is faced daily in

Capacidad de los estudiantes para abordar un dilema ético en medicina

their professional life and generating impact, if two or more ethical values in conflict, can cause greater difficulty when making a decision, so it is not easy to solve and requires more in-depth analysis, making essential the hierarchy of values in order to fix it, meaning it can not be solved only by intuition or common sense. **Objective:** This work based on the teaching - learning process of the educational experience will reveal Bioethics and students of the Faculty of Medicine, Veracruz region, addressing an ethical dilemma. **Material and methods:** The analysis made it possible to evaluate the methodology used to rank students values and principles, based on ethical grounds, aretológicos and utilitarian, all based on the knowledge, skills and attitudes obtained by adding clinical experience that may be acquired in their training. **Results :** With respect to that position taken by the actions of the characters as a result that 2 students (5.4 %) did not express their position , 21 students (56.76 %) tried to address a stand, 12 students (32.44 %) were taking a stand not as firm and 2 children (5.4 %) were taking a stand. **Conclusions:** Regarding the analysis of the various issues raised it was found that: 1 student did not make the correct analysis in their arguments, 27 students analyzed one or two aspects of the approach, 8 students analyzed three aspects, and one student analyzed and examined more than three aspects.

Keywords: capacity, evaluation, dilemma, bioethics section.

INTRODUCCIÓN.

Es importante poder tener en cuenta la diversidad de valores que existen, así como la manera y las características que cada persona tiene para resolver un problema, todo englobado en una serie de valores inculcados desde el seno familiar, así como la construcción de aquellos valores y conocimientos que surgen del aprendizaje en la práctica diaria y la capacidad de cada quien para reconocer y tomar una decisión al enfrentarse a un dilema ético. ⁽¹⁾

Es de suma importancia entender que el desarrollo de la capacidad a través de la construcción de conocimientos generado a partir del análisis de los dilemas éticos presentes en la actividad clínica así como en la vida diaria ayudará para poder tener una adecuada y competente formación de los estudiantes de medicina que se desempeñaran como médicos profesionales. ⁽²⁾

Todo con el fin de mejorar y obtener los mejores resultados que nuestra sociedad demanda hoy en día a los profesionales de la salud, basado en un trato digno, un claro y entendible desarrollo de la relación médico – paciente, para ofrecer una mejor calidad en la atención y lograr así un mayor apego dentro de las normativas del proceso salud-enfermedad que permitan a las personas un mejor entendimiento para la búsqueda de una mejor calidad de vida. ⁽³⁾

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un diseño cualitativo, de método de cambio social basado en investigación – acción, empleando una técnica de entrevista abierta de criterios generales. Enfocado en metodología cualitativa por proceso investigación – acción, centrado en la búsqueda de mejores resultados, asistido por la colaboración y participación activa de los sujetos de estudio con el fin de aprender y desarrollar sus competencias como profesionistas, basándose en el abordaje de un planteamiento (dilema ético), en una entrevista de preguntas abiertas de criterios generales fundamentada y aplicada en principios Deontológicos, Aretológicos y Utilitaristas centrada en la aplicación de un dilema ético impreso que contiene instrucción previa para su abordaje, el sistema de preguntas está preestablecido por las enseñanzas adquiridas en la Experiencia Educativa de Bioética impartida por su docente y el cual aceptó junto con los alumnos la aplicación de dicha herramienta. Se emplearon papel, lápices, hojas en las cuales venía impreso el caso, una rúbrica diseñada para evaluar los aspectos por analizar para luego realizar una síntesis para la obtención de los resultados. El Universo fue conformado por 37 alumnos de la Experiencia Educativa de bioética de la Facultad de Medicina Región Veracruz del ciclo escolar Agosto-Diciembre 2014. Se aplicaron rúbricas con respuestas de los 37 alumnos.

RESULTADOS

En este estudio se evaluaron 37 alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana Región Veracruz, de los cuales 21 son mujeres y 16 son hombres pertenecientes a la experiencia educativa de Bioética que cursan el primer periodo perteneciente al ciclo Agosto – Diciembre 2014 de la carrera Médico Cirujano. (Tabla 1)

Capacidad de los estudiantes para abordar un dilema ético en medicina

Alumnos	n	%
Mujeres	21	57
Hombres	16	43

Tabla 1. Alumnos de la facultad de Medicina pertenecientes a la experiencia educativa de Bioética Ciclo Agosto – Diciembre 2014 de la carrera Médico Cirujano. n= 37

Con respecto a que postura toman por las acciones de los personajes como resultado se encontró que 2 alumnos (5.4%) no expresaron su postura, 21 alumnos (56.76%) intentaban abordar una postura, 12 alumnos (32.44%) tomaban una postura no tan firme y 2 alumnos (5.4%) tomaban una postura firme. (Tabla 2)

Postura	n	%
No expresada	2	5.4
Intentaban una postura	21	56.76
Postura no tan firme	12	32.44
Postura firme	2	5.4

Tabla 2. Postura de los alumnos por las acciones de los personajes. n = 37

Respecto a la cantidad de argumentos para sostener sus juicios respecto al dilema presentado se encontró que: 1 alumno (2.7%) no dio ningún argumento, 14 alumnos (37.83%) dio uno o dos argumentos, 20 (54.07%) dieron de tres a cuatro argumentos y 2 alumnos (5.4%) dieron más de 5 argumentos. (Tabla 3)

Argumentos para sostener sus juicios	n	%
No dio ningún argumento	1	2.7
Dieron 1 a 2 argumentos	14	37.83
Dieron 3 a 4 argumentos	20	54.07
Dieron más de 5 argumentos	2	5.4

Tabla 3. Cantidad de argumentos para sostener sus juicios respecto al dilema. n = 37

Respecto a la calidad de su argumentación se encontró que: 1 alumno (2.7%) tuvo mala calidad, 22 alumnos (59.45%) logro dar una opinión, 13 alumnos (35.13%) ofrecieron ideas claras y pertinentes, y 1 alumno (2.7%) dio argumentos claros con bases teóricas. (Figura 1)

Respecto al análisis de las diferentes cuestiones planteadas se encontró que: 1 alumno (2.7%) no hizo el análisis correcto en su argumentación, 27 alumnos (72.97%) analizaron 1 o dos aspectos del planteamiento, 8 alumnos (21.62%) analizaron 3 aspectos, y que 1 alumno (2.7%) analizó y considero más de tres aspectos.

DISCUSIÓN.

En otro estudio realizado en la Universidad del Tecnológico de Monterrey se realizó un estudio con rúbrica de competencias el cual abordaba dilemas éticos, dicho estudio se desarrolló como una estrategia que perseguía como fin el desarrollo de las competencias en ética y profesionalismo de y para la evaluación de los programas académicos para las carrera de Médico Cirujano.⁽⁴⁻⁸⁾ La evaluación de la rúbrica con la respuesta de los estudiantes mostró un promedio general adecuado, sobre el criterio de desempeño, sin embargo quedó demostrado que se debe promover en los estudiantes la incorporación de mayores referentes y conceptos teóricos para sustentar sus argumentos.

La población estudiada fue de alumnos que cursaban el 7° semestre de la carrera contando con un total de 165 alumnos, del semestre Agosto – Diciembre 2011, respetándose la confidencialidad de los participantes.⁽⁹⁾

Capacidad de los estudiantes para abordar un dilema ético en medicina

ALUMNOS

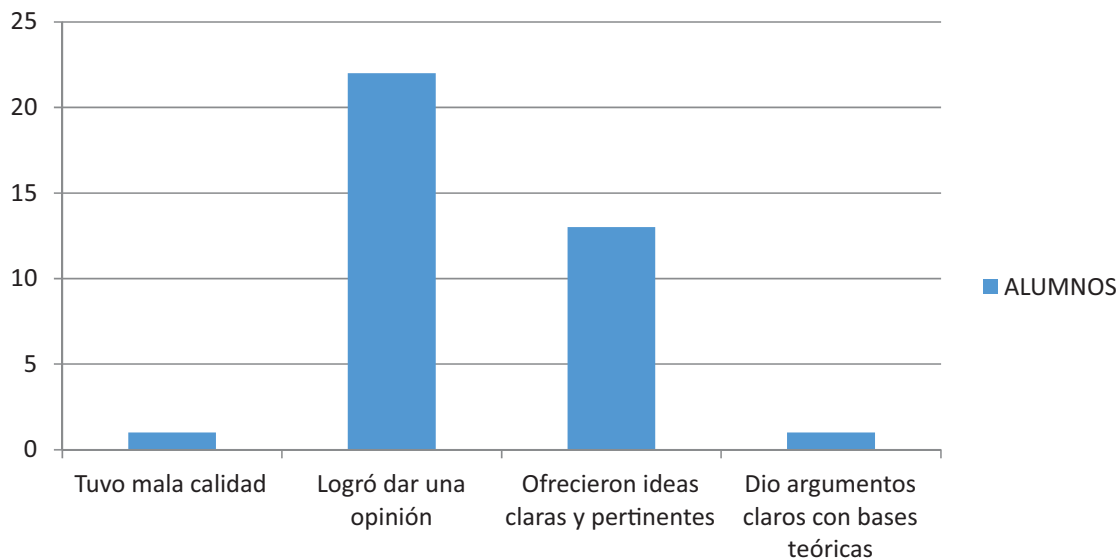


Figura 1. Calidad de argumentación. n = 37

CONCLUSIÓN

Teniendo como conclusión que la mayoría tuvo un desarrollo y respuestas adecuadas sobre el criterio de desempeño en la toma de decisiones éticas, pero con la resolución de que se espera que se siga impartiendo más referente para la sustentación más sólida de los argumentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernard Lo. Resolving Ethical Dilemmas a Guide for Clinicians. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Health. 4° Ed. 2009.
2. Camps V. Historia de la Ética. Editorial Crítica. España. 2010. 1: 21 – 65.
3. Savate F. Ética para amador. Editorial Ariel. Madrid. 1: 11 – 18.

4. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

5. Hans J. Técnica, Medicina y Ética. Editorial Paidós. España. 2: 116 – 128.

6. Gracia D. Enseñanza Posgraduada y formación continua en Ética Médica. Revista de la Organización Médica Colegial. 1992. 83: 315 – 320.

7. Javier F. 10 palabras clave en bioética. Editorial verbo divino. 1997. España.

8. Sogi C, Zavala S, Ortiz P. Aprendizaje en ética médica. Revista de la Universidad Mayor de San Marcos. 2005. 54: 174 -178.

9. Uriz E. Dilemas éticos en la intervención social. Editorial Mira. S.A. Madrid, España. 2008: 45 – 47.

Pseudomixoma peritonei. Reporte de un caso.

Pseudomixoma peritonei. Case report.

Angel T. Jaimes-Torres*, Pedro G. Coronel Brizio**, Oscar Melin-Herrera*, Lilia Puente-Palacios***, Enrique Sanchez-Valdivieso****.

*Depto. de Cirugía, Hospital de Alta Especialidad de Veracruz.

**Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana e Instituto Estatal de Cancerología de Veracruz. .

***Depto. de Patología, Instituto Estatal de Cancerología de Veracruz.

****Depto. de Cirugía Oncológica, Hospital de Alta Especialidad de Veracruz.

Correspondencia:

Angel T. Jaimes-Torres
Hospital de Alta Especialidad, Veracruz, Ver.
Calle 20 de Noviembre s/n
Veracruz, Ver.
Tel/FAX 52-229-2021260
Email: easanchezv@gmail.com.

Recibido para su publicación: 14-09-2015

Aceptado para su publicación: 17-09-2015

El pseudomixoma peritonei (PMP) significa diseminación intraperitoneal de tumores mucinosos con ascitis mucinosa. También conocido como adenomucinoso o ascitis gelatinosa, su incidencia anual se estima en 0.1/100,000,¹ con predominio en el sexo femenino. Por lo general, la enfermedad se diagnostica después de los 40 años, con edad media al diagnóstico de 53 años.² Se presenta clínicamente con una gama de signos y síntomas inespecíficos. En 30 a 50% se observa distensión abdominal progresiva. El diagnóstico puede establecerse por el hallazgo de una masa ovárica en mujeres o por la reciente aparición de una hernia inguinal, apendicitis, neoplasia maligna apendicular u obstrucción intestinal. Síntomas menos comunes son dolor abdominal, pérdida de peso, molestias urinarias, estreñimiento, vómitos y disnea.³ Tomando ambos sexos, en 90% de los casos la lesión primaria es un tumor maligno mucinoso del apéndice, en el 7% la lesión primaria es un tumor mucinoso ovárico (el 44% de las mujeres con PMP), más raramente se presenta con tumores mucinosos de colon, estómago, páncreas y uraco. En 75% de los pacientes con PMP es evidente la ruptura

macroscópica o microscópica del tumor apendicular⁴ y se cree que en el restante 25% puede ser pequeña, puede curar o puede pasar inadvertida por un muestreo inadecuado.⁴ Se piensa que la mayoría de tumores ováricos mucinosos son secundarios a tumores mucinosos del apéndice;^{5,6} se recomienda entonces extirpar el apéndice en caso de tumores ováricos mucinosos bilaterales o PMP de origen "ovárico". Presentamos aquí uno de tales casos Femenino de 46 años, con cuadro de un año de evolución caracterizado por dolor en hueco pélvico asociado a períodos menstruales, con incremento gradual del perímetro abdominal, el ultrasonido reporta tumor de ovario derecho y miomatosis uterina de pequeños elementos; el CA-125 es de 61.77 U/ml; resto de laboratorio normal. La tomografía axial computada demuestra una tumoración en ovario derecho de 6 x 5 cm (Figura 1). Sin embargo, al momento de la laparotomía se encontró un tumor apendicular roto en tercio distal, pseudomixoma peritonei (Figura 2 A y B), implantes pequeños en epiplón. Se realiza apendicectomía, omentectomía, biopsia de serosa intestinal y se extrae abundante ascitis mucinosa; el

Pseudomixoma peritonei. Reporte de un caso.

estudio histopatológico reportó cistoadenocarcinoma apendicular, pseudomixoma peritonei, implantes en epiplón mayor y en serosa intestinal (Figura 3 A y B). La

evolución postoperatoria fue satisfactoria y la paciente se encuentra en seguimiento, viva y bien.



Figura 1. La tomografía axial computada demuestra una tumoración que el radiólogo interpreta se encuentra a nivel del ovario derecho, de 6 x 5 cm. de diámetros.



Figura 2 B. Se encontró un tumor apendicular roto en tercio distal e implantes en serosa intestinal.



Figura 2 A. Al momento de la laparotomía, pseudomixoma peritonei, pequeños implantes en epiplón mayor.

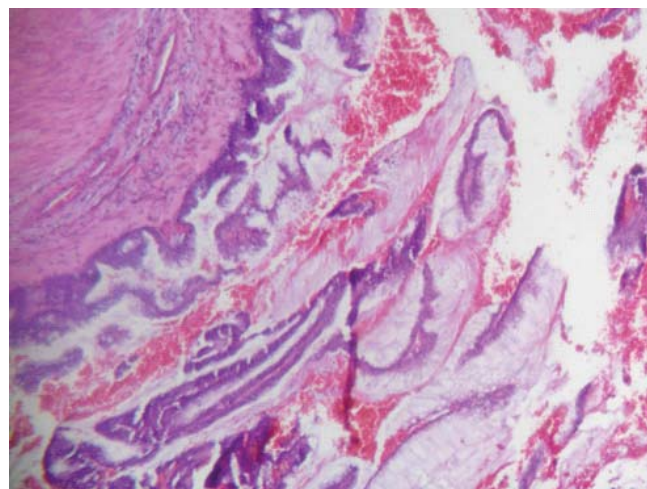


Figura 3 A. Cistoadenocarcinoma apendicular y pseudomixoma peritonei.

Pseudomixoma peritonei. Reporte de un caso.

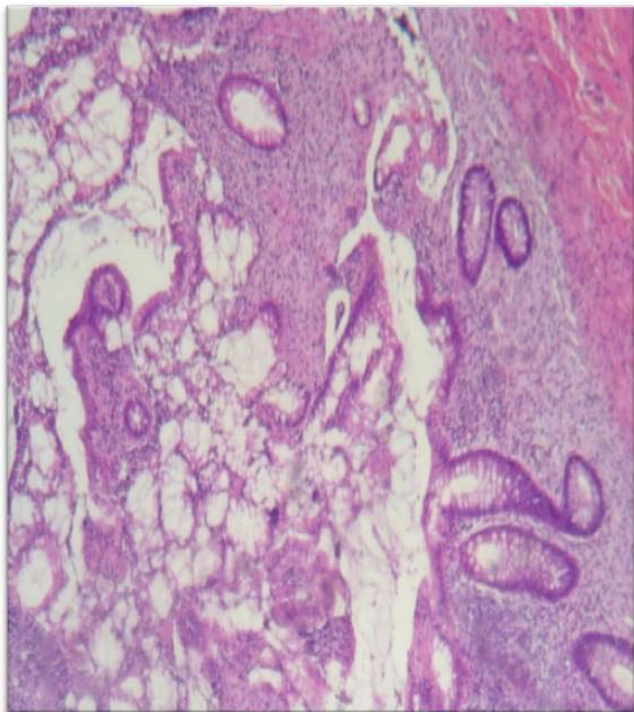


Figura 3 B. Se observa infiltrado glandular y material de características mucinosas.

El PMP secundario a un tumor maligno mucinoso es una patología poco frecuente que se caracteriza por la presencia de masas de tejido mucinoso en la cavidad peritoneal (ascitis mucinosa) cuyo origen se atribuye a una neoplasia intraperitoneal. La patogénesis del PMP es motivo de controversia debido a la baja frecuencia con que se presenta, el número limitado de serie de casos y por tratarse estudios descriptivos. Sin embargo, se han propuesto algunas teorías para tratar de explicar el origen del PMP, como son: ruptura o metástasis de un tumor mucinoso primario originado en el apéndice, origen en un mucocele del apéndice, o metaplasia mucinosa, cambio metaplásico del mesotelio peritoneal a células mucoides.^{5,6}

El diagnóstico de pseudomixoma peritoneal se realiza usualmente durante la laparotomía. El diagnóstico preoperatorio puede ser apendicitis aguda, masas inguinales o escrotales y tumores ováricos. Las zonas más frecuentemente involucradas, además de apéndice y ovario son el peritoneo diafragmático derecho, espacio retrohepático, correderas parietocólicas, hueco pélvico y omento, respetando asas intestinales, mesenterio y mesocolon. Los estudios de imagen, simples o contrastados, son de

poca ayuda para diagnóstico y se utilizan para descartar otras patologías del tracto digestivo. El ultrasonido puede demostrar el signo de "ascitis ecogénica no móvil" y la tomografía axial computarizada (TAC) describe las dimensiones de la masa y su relación con los órganos intraabdominales, con una densidad similar a grasa y alteraciones "ondulantes" de la superficie de los órganos sólidos. La resonancia magnética o la tomografía por emisión de positrones no han demostrado superioridad.⁷

Los estudios citológicos por aspiración generan controversia en cuanto a su utilidad diagnóstica, debido a que se encuentra un alto contenido de mucina y no se identifican células malignas. No existen marcadores tumorales específicos de PMP, si bien el nivel sérico elevado de alfa-inhibina puede ser considerado un marcador para tumores mucinosos malignos y limitofes.⁴ Los marcadores tumorales como el ACE, CA19-9 y CA-125 en un porcentaje alto no son expresados si bien se han propuesto como de utilidad para diagnóstico o seguimiento.⁸ El diagnóstico entonces está basado tanto en la TAC preoperatoria, que revela un patrón característico de ascitis mucinosa con distribución tabicada, como en el estudio postoperatorio de patología.

Existe mucha controversia en su manejo y pronóstico. La mejor opción terapéutica parece ser la cirugía citorreductora completa (resecciones viscerales y técnicas de peritonectomía) combinada con quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HTP) en ocasiones seguida de quimioterapia intravenosa reporta buenos resultados, pese a la alta incidencia de complicaciones mostradas en estas series y solo es considerada en jóvenes con buen estado general.⁹ La quimioterapia HTP y sistémica tienen utilidad después de la citorreducción, aunque no hay estudios formales que establezcan beneficio de la quimioterapia adyuvante en el PMP. Los agentes quimioterapéuticos más utilizados son el 5-FU, la ciclofosfamida y la mitomicina C. El PMP secundario es de progresión lenta pero pueden producirse recidivas aún con la extirpación completa del tumor. Las tasas de recurrencia en las diferentes series sobrepasan el 50% y, de éstas, más del 50% se presentarán dentro de los primeros 2.5 años después del tratamiento. La media de sobrevida es de 53% a 5 años y 32% a 10 años.² Siguiendo un tratamiento combinado, la tasa de supervivencia a 20 años alcanza el 70% para el PMP no agresivo en pacientes tratados en un centro especializado y por cirujanos expertos.⁹

El pseudomixoma peritoneal es una patología poco frecuente y enigmática que casi siempre se observa

Pseudomixoma peritonei. Reporte de un caso.

inesperadamente durante la laparotomía. Se debe tener en mente incluso en casos con diagnóstico imagenológico de un problema de origen ovárico, como el que presentamos aquí. Debido a su baja incidencia, aún existe mucha controversia en cuanto a su patogenia, manejo y pronóstico.

REFERENCIAS:

1. Smeenk RM, van Velthuysen ML, Verwaal VJ, Zoetmulder FA. Appendiceal neoplasms and pseudomyxoma peritonei: a population based study. *Eur J Surg Oncol* 2008; 34:196–201.
2. Deraco M, Elias D, Sardi A, Liauw W, Yan TD, Barrios P, Gómez Portilla A, de Hingh IH, Ceelen WP, Pelz JO, Piso P, González-Moreno S, Van Der Speeten K, Morris DL. Early- and long-term outcome data of patients with pseudomyxoma peritonei from appendiceal origin treated by a strategy of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *J Clin Oncol* 2012; 30:2449–2456.
3. Smeenk RM, Bruin SC, van Velthuysen ML, Verwaal VJ. Pseudomyxoma peritonei. *Curr Probl Surg* 2008; 45:527–575.
4. Seidman JD, Russell P, Kurman RJ. Surface epithelial tumors of the ovary. In: Kurman RJ, editors. *Blaustein's pathology of the female genital tract*, 5th ed. New York: Springer-Verlag; 2002, pp. 791-904.
5. Ronnett BM, Shmooker BPM, Dienerwest M, et al. Immunohistochemical evidence supporting the appendiceal origin of pseudomyxoma in women. *Int J Gynecol Pathol* 1997; 16(1): 1-9.
6. Szych C, Staebler A, Connolly DC et al. Molecular genetic evidence supporting the clonality and appendiceal origin of pseudomyxoma peritonei in women. *Am J Pathol* 1999; 154(6):1849-1855.
7. Ai-Tao G, Yan-Mi L, Li-Xin W. Pseudomyxoma peritonei of 92 Chinese patients: Clinical characteristics, pathological classification and prognostic factors. *World J Gastroenterol* 2012; 18(24): 3081-3088.
8. Koh J-L, Liauw W, Chua T, Morris D. Carbohydrate antigen 19-9 (CA 19-9) is an independent prognostic indicator in pseudomyxoma peritonei post cytoreductive surgery and perioperative intraperitoneal chemotherapy. *J Gastrointest Oncol* 2013;4(2):173-181.
9. Järvinen P, Ristimäki A, Kantonen J, Lepistö A. Feasibility of radical cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for pseudomyxoma peritonei of appendiceal origin. *Scandinavian J Surg* 2013;102: 145–151.

Nefrectomía simple como tratamiento de displasia renal multiquística.

Simple nephrectomy as a treatment for multicystic renal dysplasia.

Ignacio Eduardo Vega Tepos*, Jesús Miguel Suarez Uriarte*, Héctor Hugo Briseño Prado*, Fernando Del Castillo Salceda*

*IMSS UMAE HE 14 CMN VERACRUZ

Correspondencia:

Ignacio Eduardo Vega Tepos
Servicio de Urología
IMSS UMAE HE 14 CMN VERACRUZ
Av. Cuauhtémoc s/n
Colonia Formando Hogar
Veracruz, Ver.
CP: 91897
Tel: (229) 9 343500
e-mail: vegtep@hotmail.com

Recibido para su publicación: 03-12-2015

Aceptado para su publicación: 08-12-2015

La displasia renal multiquística, es una anomalía del desarrollo renal, descrita por primera vez en 1836, caracterizada por formar quistes no comunicados entre sí, con conductos primitivos rodeados de tejido conectivo fibromuscular y casi invariablemente se asocia a atresia unilateral completa y con anomalías del tracto urinario contralateral como el reflujo vesicoureteral y la obstrucción de la unión ureteropielica, la incidencia general puede estimarse en alrededor de 1 en 4,300 con predominio en riñón izquierdo hasta un 53.1% y en el género masculino con un 59.2%. La historia natural es incierta y muchos estudios han demostrado que la displasia renal multiquística tiende a involucionar, los tiempos varían de los 9 meses hasta los 10 años en un 19-74 % de los casos⁽¹⁻⁵⁾. El tratamiento de la DRMQ no está estandarizado ya que en ausencia de complicaciones se gestiona cada vez más el manejo conservador, sin embargo a causa de la percepción de riesgo a largo plazo como infecciones, dolor, hipertensión arterial y neoplasias renales principalmente el tumor de Wilms con una incidencia 4 veces mayor que en la población general, se puede gestionar el abordaje quirúrgico. Presentamos el caso de femenino de 2 años de edad producto de la gesta III, con presencia de embarazo

normo evolutivo en control prenatal a partir de los 3 meses, obtenida de parto eutócico, peso de 4.5 kg. Inicio su padecimiento con un mes de evolución con presencia de distensión abdominal, vómitos y dolor en flanco izquierdo. Estudios de laboratorio mostraron glucosa 76 mg, urea 23.1, creatinina 0.5, cloro 102, potasio 4.6, sodio 138, hemoglobina 11.7, hematocrito 36.9, VCM 83, leucocitos 7.7, neutrófilos 37, plaquetas 319 mil TP 14.3 TPT 32.2. AFP 6 ng/ml, antígeno carcinoembrionario 1.56ng/ml, gonadotropina corionica humana menos 0.60 Mu/ml. Se realiza USG en el cual se reporta una lesión redondeada bien delimitada multiquística de 12x9.5x11 cm dependiente del riñón izquierdo sin reportar vascularidad en su interior; continuando con el protocolo se indica una tomografía computada de abdomen contrastada, en la cual se muestra riñón izquierdo heterogéneo a expensas de gran lesión quística localizada en polo superior de 113x98x97 mm con densidades que van de -5 a 15 UH. Presentando múltiples septos finos entre .5 y 1.5 mm los cuales se realzan algunos en forma escasa con el medio de contraste, el parénquima renal restante de 55x54x33mm, grandes vasos y retroperitoneo sin actividad tumoral. (Figura 1)

Nefrectomía simple como tratamiento de displasia renal multiquistica.



Figura 1. Riñón izquierdo con lesión quística localizada en polo superior de 113x98x97 mm, presentando múltiples septos.

Se decide realizar nefrectomía simple procedimiento quirúrgico el cual se realiza sin complicaciones y se localizando un tumor renal izquierdo que mide 11x9x8 cm siendo este de forma oval, con superficie nodular color blanco, con áreas vasculares congestivas (Figura 2), al corte se identifica lesión multiquistica septada de 10 cm de diámetro, a su vez muestra quistes que van de 1 a 5 cm de diámetro mayor, en uno de sus polos se identifica tejido renal residual con medidas de 0.5x1cm. Observándose parénquima renal y múltiples quistes (Hematoxilina-Eosina, x20) de apariencia displasica con escaso desarrollo de nefronas (Figura 3) El reporte Histopatológico final concluye displasia renal multiquistica.

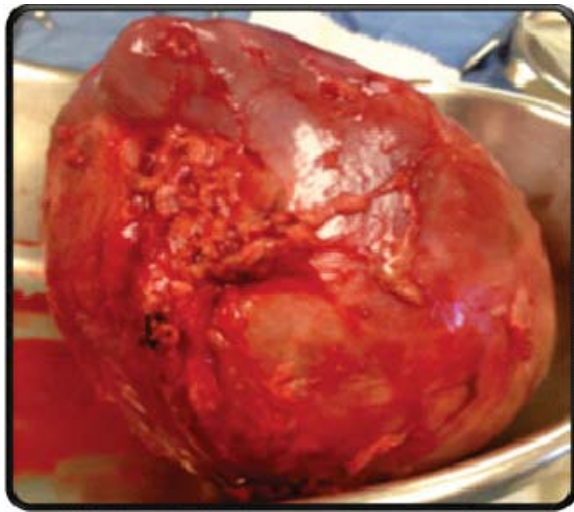


Figura 2. Tumor renal izquierdo de 11x9x8 cm.

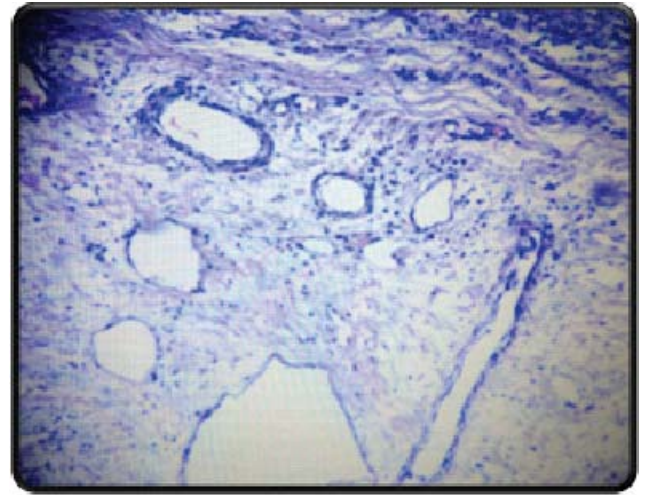


Figura 3. Parénquima renal y múltiples quistes de apariencia displásica con escaso desarrollo de nefronas (HEx20)

El manejo de la displasia renal multiquistica es controversial, tradicionalmente la extracción quirúrgica del riñón se recomienda, aunque ahora la mayoría de los centros estarían de acuerdo en que, dada la alta probabilidad de involución espontánea, la extirpación quirúrgica es innecesaria. Cambio y cols. recomiendan el tratamiento no quirúrgico y vigilancia con ecografía hasta la edad de 4 años ⁽⁶⁾. De igual manera Hains concluye que la nefrectomía no estaba indicada en estos pacientes, sino que deben someterse a exámenes de ultrasonido de rutina, de la presión arterial y controles de creatinina hasta los 10 años ⁽⁷⁾. Sin embargo Feldenberg y Siegel siguieron 35 casos de DRMQ para determinar la probabilidad de infección urinaria, insuficiencia renal crónica y enfermedad renal terminal donde subclasifican los casos en "DRMQ simple" y "DRMQ compleja", encontrando después de 5 años de seguimiento que sólo 1.14 casos de "DRMQ simple" desarrollaron una infección urinaria y ninguno desarrolló insuficiencia renal crónica o enfermedad renal terminal. Por el contrario, después de 8 años de seguimiento, de los 21 casos de "DRMQ compleja", el 29% desarrolló infección urinaria, el 29% desarrolló insuficiencia renal crónica y un adicional de 21% pasó a desarrollar enfermedad renal terminal, esto sugiere que el seguimiento urológico del riñón contralateral en "DRMQ simple" no está indicado, pero los que tienen "DRMQ compleja" debe ser seguido por un urólogo y nefrólogo o ambos, dependiendo de la condición asociada ⁽⁸⁾.

Narchi realizó 2 estudios, en la primera revisión

Nefrectomía simple como tratamiento de displasia renal multiquística.

sistemática identifico todos los estudios de cohortes publicados de DRMQ encontrando 26 trabajos entre 1986 y 2004, por un total de 1041 casos que fueron manejados de forma conservadora, en donde el tumor de Wilms no fue identificado en ningún paciente, dentro de esta serie, un adicional de 178 niños tuvieron nefrectomías, pero ninguno a causa de malignidad, concluyendo que la probabilidad de tumor de Wilms en el desarrollo, en pacientes con DRMQ es nula, en el segundo estudio analizó la hipertensión en donde los 1115 niños observados y seguidos durante una media de 3.5 años, solo 6 pacientes desarrollaron hipertensión, por lo tanto, se calcula la probabilidad de desarrollar hipertensión en DRMQ al 0,54%, en comparación con el riesgo de la población general de 1%-4,5%, es decir, el riesgo de desarrollar hipertensión no es más alto en pacientes DRMQ de lo que es en la población pediátrica general^(9,10).

Ya que hay controversia no solo en el tratamiento sino también en el seguimiento, mostramos nuestra experiencia en este caso el cual tuvo buen resultado y se ha dado seguimiento a 8 meses con mejoría clínica y sin evidencia de complicaciones. Consideramos el manejo quirúrgico debido a los síntomas asociados a la gran tumoración renal, así como el dolor asociado, ya que el dolor en el flanco en la edad adulta es otro riesgo de la displasia renal multiquística, que se presenta cuando se deja con la degeneración in situ, y en tales casos responde a la nefrectomía simple. La orientación debe ser amplia sobre el bajo, pero definitivo riesgo de la DRMQ por lo que debe contar con opciones de manejo. Debe realizarse la observación del riñón contralateral, para confirmar la involución (comparando el crecimiento del riñón sano), y descartar otras posibles causas de hipertensión arterial secundaria por lo menos cada 3 meses hasta la edad de 8 años para tener un impacto efectivo en la detección temprana de los tumores de Wilms. Sin embargo, la nefrectomía simple temprana se vuelve más económica que la ecografía renal en serie y la observación, además de evitar tener la expectativa de otra enfermedad. Por ahora lo más recomendable para el manejo debe ser basado en la experiencia del cirujano ya sea conservador u optar por la modalidad quirúrgica en la cual se tiene a la nefrectomía simple como manejo definitivo.

REFERENCIAS

- 1- Soares R, Simões S, Silva I, et al. Study of the association between the BMP4 gene and congenital anomalies of the kidney and urinary tract. *J Pediatr*. 2014;90(1):58-64
- 2-Ubetagoyena M, Arrieta A, Lizárraga A. Anomalías renales de posición y de fusión. *An Pediatr. Barc*. 2011;75 (5):329-333.
- 3- Solorio R, Nuñez E, Lua R, et al. Enfermedad multiquística renal unilateral fetal: reporte de caso *Revista médica*, 2013 4(4):297-300.
- 4- Renkema K, Windyard P, Skovorodkin I, et al. Novel perspectives for investigating congenital anomalies of the kidney and urinary tract (CAKUT). *Nephrol Dial Transplant*. 2011;26: 3843–3851
- 5-Schreuder M, Westland R, Wijk J. Unilateral multicystic dysplastic kidney: a metaanalysis of observational studies on the incidence, associated urinary tract malformations and the contralateral kidney. *Nephrol Dial Transplant*. 2009;24: 1810–1818.
- 6.- Cambio AJ, Evans CP and Kurzrock EA: Non-surgical management of the multicystic dysplastic kidney. *BJU* 2008;101:804
- 7- Hains DS, Bates CM, Ingraham S, et al: Management and etiology of the unilateral multicystic dysplastic kidney: a review. *Pediatr Nephrol*. 2009;24:233
- 8.- Feldenberg LR, Siegel NJ. Clinical course and outcome for children with multicystic dysplastic kidneys. *Pediatr Nephrol*. 2000; 14: 11098-1101.
- 9- H Narchi. Risk of hypertension with multicystic kidney disease: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2005;90:921–924.
- 10-H Narchi. Risk of Wilms' tumour with multicystic kidney disease: a systematic review *Arch Dis Child* 2005;90:147–149.