UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO-QUIRÚRGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, 2022-2023.

Tesis para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

CARLOS ALBERTO BANDA SATALAYA

Pucallpa – Perú

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los ..11.... días del mes de .Febrero..... del dos mil veinticinco, siendo las ...19... horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **"PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO- QUIRURGICO EN PACIENTES PEDIATRICOS CON APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA, 2022-2023"**, elaborado por el Bachiller en Medicina Humana **CARLOS ALBERTO BANDA SATALAYA.**

El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

M.C. EUGENIO ALFREDO FAUSTOR VILLAJUAN	(Presidente)
M.C. Mg. BEATRIZ MERCEDES LUJAN DIVIZZIA	(Miembro)
Dra. ARLENE ROSARIO FALCON GUERRA	(Miembro)

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de .APROBADO..... por UNANIMIDAD..... con el calificativo de ...15 (QUINCE).... Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, ...11..... de .Febrero..... del 2025.

M.C. Eugenio Alfredo Faustor Villajuan
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. Mg. Beatriz Mercedes Lujan Divizzia
Miembro del Jurado Evaluador

Dra. Arlene Rosario Falcón Guerra
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

M.C. EUGENIO ALFREDO FAUSTOR VILLAJUAN
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. Mg. BEATRIZ MERCEDES LUJAN DIVIZZIA
Miembro del Jurado Evaluador

Dra. ARLENE ROSARIO FALCON GUERRA
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL
ASESOR DE TESIS

BACH. CARLOS ALBERTO BANDA SATALAYA
TESISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Nº V/0675-2024 .

La Dirección de Producción Intelectual de la Universidad Nacional de Ucayali, hace constar por la presente, que el trabajo académico de investigación, titulado:

"PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO-QUIRÚRGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, 2022-2023."

Autor(es)	:	**BANDA SATALAYA, CARLOS ALBERTO**
Facultad	:	**MEDICINA HUMANA**
Escuela	:	**MEDICINA HUMANA**
Asesor(a)	:	**Mg. RUÍZ SOLSOL, LUIS ENRIQUE**

Presenta un **porcentaje de similitud de 5%,** verificado en el Sistema Antiplagio COMPILATIO,

De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica que todo trabajo de investigación no debe superar el 10%. **En tal sentido, se declara, que el presente trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud,** procediéndose a emitir la presente Constancia de Originalidad de Trabajo de Investigación (COTI) a solicitud del asesor.

En señal de conformidad se firma y sella el presente documento.

Fecha: 27/11/2024

Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, CARLOS ALBERTO BANDA SATALAYA

Autor de la tesis titulada : PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO - QUIRÚRGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICA DE YARINACOCHA, 2022 - 2023

Sustentada el año 2025

Asesor(a): M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL

Facultad: MEDICINA HUMANA

Escuela Profesional: MEDICINA HUMANA

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] TOTAL [X]

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 11 / 02 / 2025

Email: carlosbs_95@hotmail.com Firma:

Teléfono: 937754640 DNI: 48483242

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis amados padres Aladino Banda Estela y Olivia Satalaya Cruz, quienes fueron mi apoyo incondicional tanto económico y moral para lograr alcanzar mis metas, así también, a mis queridos hermanos quienes también fueron mi motor y motivo por el cual continúo caminando en esta noble profesión.

Carlos Alberto Banda Satalaya

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios quien guía mi andar.

A mi universidad y compañeros, por haber sido también parte de mi crecimiento como profesional y haber compartido gratos momentos en las aulas.

A mi familia, porque sin su apoyo incondicional no habría podido superar cada uno de los obstáculos que se me presentaron.

A mis maestros, quienes gracias a sus conocimientos me forjaron día a día para lograr ser un profesional con humanidad.

A mi asesor, por su paciencia y disponibilidad para enseñarme a tomar las mejores decisiones durante la realización de esta tesis.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA vi
AGRADECIMIENTOS vii
INDICE GENERAL viii
INDICE DE TABLAS x
INDICE DE FIGURAS xi
RESUMEN xii
ABSTRACT xiii
INTRODUCCIÓN xiv
CAPITULO I 1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 1
1.1 Descripción del problema *1*
1.2 Justificación del problema *3*
1.3 Formulación del problema *4*
1.4 Objetivos…… *4*
CAPITULO II 5
MARCO TEÓRICO 5
2.1 Antecedentes del problema……5
2.1.1 Antecedentes internacionales……..5
2.1.2 Antecedentes nacionales……..6
2.1.3 Antecedentes locales……8
2.2 Bases teóricas *8*
2.3. Variables del estudio *11*
CAPITULO III 13
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 13
3.1. Ámbito de estudio *13*
3.2. Tipo de investigación *13*
3.3. Nivel de investigación *13*
3.4. Método de investigación *13*
3.5. Diseño de la investigación: *13*

3.6. Población, muestra y muestreo *13*
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos *15*
3.8. Procedimiento de recolección de datos *15*
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos *16*
3.10. Consideraciones éticas *16*
CAPITULO IV **17**
RESULTADOS **17**
4.1. Presentación de resultados **17**
4.2. Discusión de resultados *26*
CAPITULO V **28**
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES **28**
5.1. Conclusiones *28*
5.2. Recomendaciones *29*
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **30**
ANEXOS **34**

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables 12
Tabla 2. Edad de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023. 17
Tabla 3. Sexo de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023. 18
Tabla 4. Sexo de los pacientes por edad 19
Tabla 5. Síntomas de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023. 20
Tabla 6. Signos de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023. 22
Tabla 7. Tratamiento quirúrgico de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023 23
Tabla 8. Tipo de apendicitis de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023. 24
Tabla 9. Comparación de estudios de investigación 27

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda 17
Figura 2. Sexo de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023. 18
Figura 3. Sexo de los pacientes por edad 19
Figura 4. Síntomas de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023. 21
Figura 5. Signos de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023. 22
Figura 6. Tratamiento quirúrgico de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023..... 23
Figura 7. Tipos de Apendicitis por caso 25

RESUMEN

Introducción: La apendicitis aguda es la condición quirúrgica abdominal más prevalente a nivel mundial y representa la principal razón para intervenciones quirúrgicas de emergencia en el área abdominal en la población pediátrica. **Formulación del problema:** ¿Cuál es el perfil epidemiológico, clínico- quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha,2022-2023? **Objetivo:** Identificar el perfil epidemiológico, clínico- quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha,2022-2023. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 92 pacientes, utilizando un muestreo probabilístico aleatorio simple. **Resultados:** En el perfil epidemiológico, el grupo de edad más prevalente fue el de 5 a 10 años, que representó el 53.7%, con una desviación estándar de 2.541, la edad media fue de 9.60 años, con un rango que oscila entre 3 y 13 años**.** Además, el 57.9% fueron del sexo masculino. En el perfil clínico, el síntoma predominante fue el dolor abdominal, presente en el 47.4%, mientras que el signo clínico más común fue el signo de Mc Burney, también con un 47.4%. En el perfil quirúrgico, la apendicectomía abierta fue el procedimiento más utilizado, realizándose en el 55.8%, y el tipo de apendicitis más frecuente fue la perforada, encontrada en el 38.9%. **Conclusiones:** En el perfil epidemiológico, se identificó que el grupo de edad más frecuente fue entre 5 y 10 años, predominando el sexo masculino. En el perfil clínico, los hallazgos más frecuentes fueron el dolor abdominal como síntoma principal y el signo de Mc Burney como el signo más relevante. En el perfil quirúrgico, la apendicetomía abierta fue el tratamiento quirúrgico más utilizado y la apendicitis perforada fue tipo más frecuente.

Palabras clave: Apendicitis Aguda, Paciente Pediátrico, Perfil Clínico, Perfil Epidemiológico, Perfil Quirúrgico.

ABSTRACT

Introduction: Acute appendicitis is the most prevalent abdominal surgical condition worldwide and represents the main reason for emergency surgical interventions in the abdominal area in the pediatric population. Problem formulation: What is the epidemiological and clinical-surgical profile in pediatric patients with acute appendicitis at the Amazon Hospital of Yarinacocha, 2022- 2023? **Objective:** To identify the epidemiological and clinical-surgical profile in pediatric patients with acute appendicitis at the Amazon Hospital of Yarinacocha, 2022-2023. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional and retrospective study. The sample consisted of 92 patients, using a simple random probabilistic sampling. **Results:** In the epidemiological profile, the most prevalent age group was 5 to 10 years, which represented 53.7%, with a standard deviation of 2.541, the mean age was 9.60 years, with a range between 3 and 13 years. In addition, 57.9% were male. In the clinical profile, the predominant symptom was abdominal pain, present in 47.4%, while the most common clinical sign was the Mc Burney sign, also with 47.4%. In the surgical profile, open appendectomy was the most used procedure, performed in 55.8%, and the most frequent type of appendicitis was perforated appendicitis, found in 38.9%. **Conclusions:** In the epidemiological profile, it was identified that the most frequent age group was between 5 and 10 years, with a predominance of the male sex. In the clinical profile, the most frequent findings were abdominal pain as the main symptom and McBurney's sign as the most relevant sign. In the surgical profile, open appendectomy was the most frequently used surgical treatment and perforated appendicitis was the most frequent type.

Keywords: Acute Appendicitis, Pediatric Patient, Clinical Profile, Epidemiological Profile, Surgical Profile.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la primera causa de abdomen quirúrgico en niños mayores de 24 meses constituyendo el 8% de los ingresos al servicio de emergencia por dolor abdominal. Se estima que entre el 7% y el 12% de la población mundial sufrirán de apendicitis. La incidencia se incrementa anualmente, pasando entre 1 y 6 casos por cada 10 000 niños de 0 a 4 años, a entre 19 y 28 casos por cada 10 000 niños menores de 14 años. Aunque la mayor incidencia ocurre entre los 10 y 30 años (1).

Esta enfermedad se produce debido a la inflamación del apéndice cecal, como resultado de la obstrucción de su lumen por factores como hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores, parásitos y otros. Esta obstrucción interfiere con el flujo sanguíneo en la zona que, si no se interviene a tiempo, puede llevar a la perforación del apéndice, expulsando material intestinal en la cavidad abdominal y dando lugar a complicaciones como peritonitis, sepsis, shock, e incluso la muerte en algunos casos (2).

Aunque es una enfermedad ampliamente reconocida, sigue representando un desafío diagnóstico, ya que los síntomas pueden ser tan sutiles o inespecíficos que dificultan la obtención de un diagnóstico preciso de manera oportuna, resultando en un diagnóstico erróneo en uno de cada cinco pacientes. Por esta razón, debe considerarse como un posible diagnóstico diferencial en todos los casos de dolor abdominal agudo (3).

Con el fin de obtener una comprensión más detallada de estas características en el contexto local, el objetivo de esta investigación es identificar el perfil epidemiológico, clínico-quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante los años 2022 y 2023.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

La apendicitis aguda es la afección quirúrgica de emergencia más común en la población pediátrica, siendo la principal razón de intervenciones quirúrgicas abdominales en niños mayores de 2 años. Esta condición afecta predominantemente a niños mayores y adolescentes, constituyendo aproximadamente el 8% de las consultas en los servicios de urgencias pediátricas debido a dolor abdominal (1).

La frecuencia de casos de apendicitis aguda aumenta de manera significativa, pasando de una tasa anual de 1 a 2 por cada 10 000 niños desde el nacimiento hasta los 4 años, a una cifra de 19 a 28 por cada 10 000 niños hasta los 14 años

(21). En Europa, la incidencia se sitúa entre 1 a 2 casos por cada 10 000 niños menores de 4 años (22). En los Estados Unidos, alrededor de 4 de cada 1 000 niños menores de 15 años son sometidos a cirugía por apendicitis aguda cada año (23). En Ecuador, la incidencia es de aproximadamente 22.97 casos por cada 10 000 niños (24). En Chile, alrededor del año 2016, se registró una incidencia de 206 por cada 100 000 niños (25). Por otro lado, en Cuba, la proporción de pacientes operados por apendicitis aguda en la población pediátrica varía entre un 17% y un 30%, mientras que en África esta cifra se sitúa en un 2% (22).

En Perú, la tasa de incidencia de apendicitis aguda varía de 9.6 por cada 10 000 niños entre el nacimiento y los 4 años. Al analizar las tasas de incidencia por regiones, se observa que Madre de Dios registró la tasa más alta, alcanzando los 22.5 por cada 10 000, mientras que Puno presentó la tasa más baja, con 2.7 por cada 10 000 (26). Es importante destacar que la mortalidad asociada a la apendicitis en el país es inferior al 1% (27).

La apendicitis aguda es más común en niños en edad escolar, con una incidencia máxima entre los 9 y 12 años. Es poco frecuente en menores de un año, y se observa un ligero predominio en el sexo masculino. Aquellos que residen en áreas rurales y en países menos industrializados tienden a tener un riesgo menor de desarrollar la enfermedad en comparación con aquellos que viven en entornos urbanos y naciones más industrializadas, lo cual se ha vinculado a una dieta con menor contenido de residuos en los primeros.

Aunque la incidencia estacional varía, suele ser más prevalente en los meses de verano e invierno (27).

Los síntomas en la población pediátrica se manifiestan con dolor en el epigastrio que se irradia hacia la fosa iliaca derecha en aproximadamente el 33% de los casos. Los vómitos son frecuentes, presentándose en un rango del 68% al 95%, y están acompañados de náuseas en un intervalo que va del 36% al 90%. La anorexia se observa en un porcentaje que varía entre 47% y el 75%, mientras que la diarrea afecta al 9% al 16% de los pacientes, y la constipación se registra en un rango del 5% al 28%. Estos síntomas pueden generar confusión en el diagnóstico. La disuria, por su parte, puede manifestarse en un rango del 4% al 20% de los casos (23).

Las complicaciones están más relacionadas con la duración de los síntomas que excede las 24 horas y la edad inferior a los 5 años (27). La mayor incidencia de perforación apendicular se registra en los primeros cinco años de vida, alcanzando un 82% en menores de 5 años y prácticamente el 100% en menores de un año. La perforación apendicular puede llevar rápidamente a la peritonitis en estos casos, ya que el omento es corto y no puede contener adecuadamente el proceso séptico local. Por otro lado, la tasa de perforación en adolescentes oscila entre el 10% y el 20% (21).

En relación a la duración de la hospitalización, se observó que el 12.7% de los pacientes sometidos a cirugía abierta permanecieron hospitalizados por más de 8 días en el período postoperatorio, en comparación con solo el 7% de los pacientes que se sometieron a cirugía laparoscópica (23).

Reconocer de manera temprana la apendicitis aguda en este grupo de pacientes sigue siendo un reto debido a la presencia de un cuadro clínico no específico. Por consiguiente, la habilidad y experiencia del médico son fundamentales en esta situación. Además, en los últimos años, se ha incrementado el interés en los resultados de la actividad quirúrgica debido a los diversos factores, como el impacto económico significativo que esta actividad tiene en los servicios de salud. Se ha observado un notable progreso en la mejora de los cuidados perioperatorios, y ha surgido una creciente preocupación institucional por la calidad de la atención médica y la satisfacción de la población que recibe servicios médicos (27).

1.2 Justificación del problema

1.2.1 Justificación teórica

La apendicitis aguda es una condición común en la población pediátrica, y comprender su perfil epidemiológico, clínico y quirúrgico es fundamental para mejorar la atención médica y las estrategias de manejo. Adquirir información detallada sobre el perfil epidemiológico no solo facilitará la identificación de posibles factores de riesgo, sino que también mejorará las estrategias de prevención y diagnóstico en niños. Además, una planificación más eficiente de recursos, que incluye personal, instalaciones y equipos necesarios, será posible con la información obtenida. El análisis del perfil quirúrgico proporcionará información sobre las prácticas quirúrgicas actuales, posiblemente identificando áreas de mejora en los procedimientos y protocolos quirúrgicos. La información recopilada en este estudio tiene como objetivo contribuir al conocimiento científico al ofrecer una descripción detallada y sistemática de la apendicitis aguda en pacientes pediátricos en una ubicación específica, lo cual puede ser valioso en la literatura médica y servir como base para investigaciones futuras.

1.2.2 Justificación práctica

Conocer el perfil epidemiológico facilitará una distribución más eficiente de los recursos hospitalarios, lo que mejorará la gestión y reducirá los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas en casos de apendicitis aguda pediátrica. Al tener una comprensión detallada del perfil clínico, los profesionales de salud podrán tomar decisiones más informadas y personalizadas en el manejo, mejorando así la calidad de los servicios médicos. Los resultados de la investigación pueden tener repercusiones directas en la formación médica, proporcionando conocimientos valiosos para la educación continua de los profesionales de salud especializados en el tratamiento de casos pediátricos de apendicitis aguda. Asimismo, se anticipa una posible reducción de los costos asociados a tratamientos prolongados o complicaciones derivadas de diagnósticos tardíos.

1.2.3 Justificación metodológica

Un diseño descriptivo permite una caracterización completa de la apendicitis aguda en pacientes pediátricos, abordando no solo aspectos epidemiológicos sino también clínicos y quirúrgicos. La naturaleza retrospectiva del estudio facilita el análisis de series temporales,

lo que permite observar tendencias y cambios a lo largo del tiempo en la presentación, tratamiento y resultados de la apendicitis aguda en el hospital objeto de estudio.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema general:

- ¿Cuál es el perfil epidemiológico, clínico-quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023?

1.3.2 Problemas específicos:

- ¿Cuál es el perfil epidemiológico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023?
- ¿Cuál es el perfil clínico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023?
- ¿Cuál es el perfil quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Identificar el perfil epidemiológico, clínico-quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar el perfil epidemiológico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.
- Identificar el perfil clínico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.
- Identificar el perfil quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Antecedentes internacionales

Cordero (2023). En México, se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal que incluyó a 843 pacientes menores de 16 años, evaluados desde enero de 2016 hasta diciembre de 2018 en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de Querétaro. El propósito principal fue conocer la progresión clínica de la apendicitis aguda en la población pediátrica. Se observó una predominancia en el sexo masculino, con una mediana de edad de 9 años. Durante el año 2016, se registró un mayor número de pacientes con dicho diagnóstico. La mediana de tiempo de hospitalización fue de 5 días, y las complicaciones más comunes incluyeron íleo y absceso (4).

Pérez (2021). En Nicaragua, se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo que abarcó a 131 pacientes menores de 14 años atendidos en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, León, durante el período de 2015 a 2019. El propósito principal fue analizar el enfoque clínico y terapéutico de la Apendicitis Aguda Complicada en la población pediátrica. En cuanto a los aspectos sociodemográficos, se destacó la prevalencia en el grupo de edad de 6 a 9 años, el sexo masculino, la procedencia urbana y escolaridad primaria. En el cuadro clínico predominaron los vómitos, fiebre y dolor abdominal. El signo de McBurney estuvo presente en el 93.9% de los casos. Se observó que el tipo de apéndice predominante fue gangrenoso, y el 100% de los casos fueron tratados mediante cirugía abierta, siendo la complicación más común la infección del sitio operatorio (5).

González (2019). En México, se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo que abarcó 176 registros médicos recopilados entre enero de 2014 y diciembre de 2018 en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz. El propósito principal fue comprender las características epidemiológicas de la población pediátrica con apendicitis aguda. Se observó que durante el año 2018 se registraron más casos en comparación con los demás años, representando un 49.43% del total. Hubo una incidencia más elevada en el grupo de edad de 1 a 5 años, alcanzando el 53%, y se identificó un predominio en el sexo masculino con un 57%. Además, el 31% de los pacientes eran hijos de madres solteras. El síntoma

más frecuente fue el dolor abdominal, presente en el 37% de los casos. Predomino la fase edematosa en los diagnósticos. El tiempo de hospitalización promedio fue de 7 días, siendo el 58% de los casos. El 43% recibió tratamiento previo con analgésicos, y en el 49% de los casos, pasó más de 24 horas desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico. En cuanto al estado nutricional, se encontró que el 93% de los pacientes eran eutróficos (6).

Pérez (2017). En Guatemala, se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal que involucró a 89 pacientes menores de 7 años, evaluados desde enero de 2014 hasta agosto de 2015 en el Hospital General de Enfermedades. El propósito principal fue identificar las características clínicas y epidemiológicas de la población pediátrica con diagnóstico de apendicitis aguda. Se observó una mayor frecuencia en el sexo masculino, con una edad media de 5 años. Los síntomas más comunes, presentes en el 75% de los casos, fueron fiebre, náuseas y dolor abdominal. El signo más prevalente fue el rebote. La fase perforada fue la que mostró mayores complicaciones, y la complicación inmediata postquirúrgica más común fue la infección del sitio operatorio, registrada en un 22% de los casos (7).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Quispe (2023). En Huancayo, se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal que incluyó a 106 pacientes menores de 15 años, analizados desde enero de 2019 hasta diciembre de 2021 en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. El propósito principal fue determinar los aspectos epidemiológicos, clínicos y quirúrgicos de apendicitis aguda en la población pediátrica. La edad promedio fue de 8 años, y se observó una mayor frecuencia en el sexo femenino. Los síntomas más prevalentes incluyeron dolor abdominal, náuseas, vómitos y fiebre, mientras que los signos más frecuentes fueron McBurney y Blumberg. El abordaje quirúrgico más común fue el convencional y el tipo de apéndice más frecuentemente identificado fue la perforado (8).

Lliuya (2021). En Lima, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal que abarcó a 343 pacientes menores de 15 años durante el año 2019 en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. El propósito principal fue identificar las características clínicas y epidemiológicas de las apendicetomías en la población pediátrica. Predomino el sexo masculino, con una edad promedio de 11 años. Los síntomas más comúnmente reportados incluyeron dolor en la fosa iliaca derecha, náuseas, vómitos y fiebre. El manejo quirúrgico

predominante fue la convencional, y el diagnóstico anatomopatológico más frecuente la apendicitis necrosada (9).

Sosa (2017). En Arequipa, se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal con la participación de 110 pacientes menores de 14 años, durante el período comprendido entre enero de 2016 y febrero de 2017 en el Hospital III Goyeneche. El propósito principal fue determinar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de apendicitis aguda en la población pediátrica. El grupo etario más común se situó entre los 11 y 14 años, con predominio en el sexo masculino. El síntoma más frecuente fue el dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, mientras que el signo más prevalente fue el de McBurney. El tipo de apéndice más comúnmente encontrado fue el gangrenado, y se registró que un 2.7% de los casos presentó absceso de pared como complicación postoperatoria (10).

Montes (2017). En Trujillo, se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó a 195 pacientes menores de 15 años atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante los años 2011 y 2015. El propósito principal fue describir las características quirúrgicas, clínicas y epidemiológicas de la apendicitis aguda en la población pediátrica. Hubo un predominio en el sexo masculino, y la edad promedio se situó entre 8 y 14 años. Casi todos los pacientes presentaron náuseas y vómitos, y los signos más comunes fueron McBurney y Blumberg. El tiempo de hospitalización osciló entre 3 y 5 días, y el manejo quirúrgico más predominante fue la cirugía convencional. En cuanto al diagnóstico anatomopatológico, sé encontró que el tipo más frecuente fue la apendicitis aguda supurada (11).

Pari (2016). En Iquitos, se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal que incluyó a 81 pacientes menores de 15 años atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos durante el período comprendido entre enero de 2024 y diciembre de 2015. El propósito principal fue conocer las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de la población pediátrica con apendicitis aguda. Se observó un predominio en el grupo de edad de 10 a 14 años, y no se encontraron diferencias significativas entre el sexo masculino y femenino. El tiempo de hospitalización promedio fue menor de 7 días, y el 92% de los pacientes recibieron antipiréticos como tratamiento previo. El 100% de los casos presentaron dolor abdominal, siendo el signo de McBurney el hallazgo más importante. La

apendicectomía se llevó a cabo en el 95.1% de los casos, y el tipo de apéndice más común fue la apendicitis focal aguda en el 37%. La complicación postoperatoria más común fue la infección de la herida operatoria, registrada en el 6.2% de los casos (12).

2.1.3. Antecedentes locales

Rengifo (2016). En Pucallpa, se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó a 212 casos de pacientes atendidos durante el año 2015 en el Hospital II Essalud-Pucallpa. El propósito principal fue conocer las características clínicas, epidemiológicas y postquirúrgicas de apendicitis aguda. Se observó que el 57% de los casos pertenecían al sexo masculino, mientras que el 43% al sexo femenino. La presentación clínica más frecuente fue el dolor en fosa iliaca derecha, presente en el 95% de los casos. Además, el 98% de los pacientes se sometió a una apendicectomía laparoscópica, el 60% comenzó la dieta enteral dentro de las 12 horas posteriores a la cirugía, y el 47% recibió el alta hospitalaria dentro de las 36 horas de ingreso (13).

2.2. Bases teóricas

Apendicitis Aguda

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme. Este proceso comienza con la obstrucción de la luz apendicular, lo que resulta en un aumento de la presión intraluminal debido a la acumulación de moco y la limitada elasticidad de la serosa (14).

Perfil epidemiológico

La apendicitis constituye la razón más común de abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica de emergencia en la población pediátrica (14). Esto se puede entender debido a que los folículos linfoides, distribuidos en el epitelio del colon y más abundantes en el apéndice, llegan a su tamaño máximo durante la adolescencia, que es el periodo en el cual se registra la incidencia más alta de apendicitis (15). La frecuencia de la apendicitis aguda aumenta con la edad, alcanzando su punto máximo entre los 10 y 12 años y siendo poco común en menores de 3 años (16). Es frecuente el retraso en el diagnóstico y esto puede deberse al cuadro clínico no especifico en este grupo etario. Además, la falta de madurez anatómica, especialmente la falta de una barrera mesentérica adecuada para contener el material purulento, puede favorecer el rápido desarrollo de complicaciones como

la perforación y peritonitis (15). Por otro lado, se observa una mayor incidencia en el sexo masculino con 8.7%, en comparación con el sexo femenino que presenta un 6.7% (17).

Localización anatómica

La base del apéndice se origina en el ciego y generalmente se encuentra en el cuadrante inferior derecho del abdomen. En casos de anomalías congénitas en la posición intestinal o después de procedimientos quirúrgicos que involucran el intestino, el apéndice puede ubicarse en el hemiabdomen superior o en el lado izquierdo. También puede adoptar posiciones como retrocecal, retroilíaca o pelviana. En los primeros 12 meses de vida, el apéndice tiene una forma de "embudo", lo que disminuye su susceptibilidad a la obstrucción. Los folículos linfoides, que pueden causar obstrucción del apéndice, alcanzan su máximo tamaño durante la adolescencia. En niños más pequeños, el mesenterio no ha alcanzado su desarrollo completo, lo que puede contribuir a una evolución rápida hacia la peritonitis en caso de perforación (15).

Etiopatogenia

La apendicitis se origina por la obstrucción del lumen apendicular, seguida del sobrecrecimiento bacteriano. En los menores de 5 años, la causa más frecuente de obstrucción es producida por los folículos linfoides, aunque también puede estar asociada a fecalitos, parásitos, tumores, cuerpo extraño, torsión apendicular, traumatismo cerrado. Después de la obstrucción, la progresión natural de la apendicitis incluye el crecimiento bacteriano intraluminal, la invasión de la pared por estos microorganismos, isquemia y, por último, la gangrena, lo que lleva a la perforación y la peritonitis. La infección proviene de la flora fecal normal, que comprende microorganismos gramnegativos aerobios y anaerobios, Escherichia coli, Peptostreptococcus spp., Bacteroides fragilis y Pseudomonas (15).

Perfil clínico

Este grupo etario no suelen manifestar los signos y síntomas característicos de apendicitis aguda que se observan en grupos de mayor edad (18).

Menores de 5 años: La apendicitis no es tan frecuente en este grupo etario. Los principales signos que se presentan son la fiebre y el signo de rebote o Blumberg. El signo de Mc Burney se observa en menos del 50% de los casos. Los menos específicos son fiebre, vómitos y dolor abdominal, que también pueden estar presentes en otros diagnósticos quirúrgicos. La diarrea también es relativamente común, lo que complica la

diferenciación con la gastroenteritis aguda, una condición más frecuente en estos pacientes. Los que más se presentan son dolor abdominal (72-94%), fiebre (62-90%), vómitos (80-83%), anorexia (42- 74%), signo de rebote (81%), signo de Mc Burney (38%), distensión abdominal (35%) y diarrea (32-46%) (18).

Edades de 5 a 12 años: Comparado con los menores de 5 años, la apendicitis es más común en este grupo de edad. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal y vómitos, aunque la migración típica del dolor que inicia en la zona periumbilical y luego se dirige al cuadrante inferior derecho puede no ocurrir. En la exploración física, la mayoría **de** los pacientes presenta el signo de Mc Burney, mientras que el signo de rebote indica la posibilidad de perforación. Otros síntomas destacados incluyen fiebre y anorexia. La diarrea es poco común en estos casos. Los que más se presentan son signo de Mc Burney (82%), náuseas (79%), anorexia (75%), vómitos (66%), fiebre (47%) y diarrea (16%) (18).

Edades de 13 a 14 años: Exactamente, en este grupo etario, el cuadro clínico es comparable a los de los adultos, con fiebre, anorexia, dolor abdominal inicialmente periumbilical y que luego se dirige al cuadrante inferior derecho, posteriormente los vómitos. El signo de rebote está presente con mayor frecuencia en los casos que presentan perforación (18)

Diagnóstico

El diagnóstico diferencial será posible gracias a la información recopilada durante la anamnesis y la exploración física, siendo estas suficientes para establecer un diagnóstico en aproximadamente 80% de los casos. Aunque los exámenes complementarios son útiles, no son concluyentes. Respecto a la ecografía abdominal, esta presenta una sensibilidad que oscila entre el 75% y el 89%, con una especificidad que varía entre el 86% y el 100% (16).

Tratamiento quirúrgico

La apendicectomía se ha establecido como el enfoque típico para el tratamiento de la apendicitis aguda, ya sea complicada o no complicada. Este procedimiento, ampliamente realizado por cirujanos generales en todo el mundo, presenta una baja morbilidad y mortalidad. A lo largo de los años, los enfoques quirúrgicos para la apendicetomía han evolucionado, pasando de la cirugía convencional a técnicas de mínima invasión, como la laparoscopía (19).

Apendicectomía Laparoscópica: Este enfoque se ha vinculado con una disminución en el dolor postoperatorio, una menor incidencia de infecciones de sitio operatorio y una mejora en la calidad de vida para los niños, posiblemente contribuyendo a una reducción en la duración de la hospitalización. Se aconseja la realización de apendicectomía laparoscópica en casos de apendicitis aguda, tanto complicada como no complicadas, en niños, siempre y cuando se cuente con el equipo y experiencia necesaria en laparoscopía (18).

Apendicetomía abierta: La incisión de Mc Burney es la opción más frecuentemente empleada, aunque también se considera la posibilidad de utilizar la incisión de Rockey Davis, que se realiza a nivel infraumbilical y de manera transversal. En ambos casos, se lleva a cabo la apertura de las paredes abdominales, llegando hasta el ciego como punto de referencia o directamente al apéndice comprometido, para proceder a su extirpación posterior (20).

2.3. Variables del estudio

2.3.1. Variable de interés

Apendicitis Aguda

2.3.2. Variable de caracterización

- Perfil Epidemiológico
- Perfil Clínico
- Perfil Quirúrgico

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Perfil Epidemiológico	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento presente.	Expresada en meses y años.	Cuantitativa	Discreta Politómica	Menores de 5 años De 5 a 10 años De 11 a 14 años
	Sexo	Clasificación de individuos según criterios biológicos.	Se distinguen como masculino y femeninos.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
	Signos	Los signos son medidas objetivas que los profesionales de salud pueden detectar durante un examen físico	Medición y documentación de los signos.	Cualitativa	Nominal Politómica	Fiebre Distensión abdominal Signo de Mc Burney Signo de rebote
Perfil Clínico	Síntomas	Los síntomas son las experiencias subjetivas que siente el paciente.	Recopilación de información sobre los síntomas a través de la comunicación con el paciente	Cualitativa	Nominal Politómica	Dolor abdominal Náuseas Vómitos Anorexia Diarrea
	Tratamiento quirúrgico (apendicectomía)	Intervención quirúrgica que consiste en la extirpación del apéndice cecal.	Se clasifica en 2 técnicas, puede variar entre una apendicectomía laparoscópica y convencional.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Apendicectomía laparoscópica Apendicectomía abierta
Perfil Quirúrgico	Tipo de apendicitis según el informe operatorio	Compresión detallada de los patrones de inflamación presentes en el tejido apendicular, lo que ayuda a categorizar la gravedad y el tipo de apendicitis.	Asigna categorías a las características específicas de la apendicitis, como congestiva, flemonosa, gangrenosa y perforada.	Cualitativa	Nominal Politómica	Congestiva o catarral Flemonosa o supurada Gangrenosa o necrótica Perforada

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de estudio

El estudio se desarrolló en el servicio de cirugía del Hospital Amazónico de Yarinacocha, situado en la provincia de Coronel Portillo, perteneciente al Departamento de Ucayali, durante los años 2022 y 2023, haciendo uso de los registros médicos de los pacientes pediátricos con diagnóstico de apendicitis aguda.

Este hospital es seleccionado debido a su sobresaliente contribución como una de las instituciones de salud primordiales que brindan apoyo a la región.

3.2. Tipo de investigación

El estudio es de tipo básico porque proporciona una comprensión general y fundamental sobre apendicitis aguda en este grupo poblacional, estableciendo las bases para investigaciones más avanzadas.

3.3. Nivel de investigación

El estudio es descriptivo porque proporciona una descripción detallada del perfil epidemiológico, clínico y quirúrgico de pacientes pediátricos con apendicitis aguda, sin intentar establecer relaciones causales.

3.4. Método de investigación

El estudio es no experimental porque se utilizó una ficha de recolección de datos para obtener la información sobre pacientes pediátricos con apendicitis aguda, sin manipular las variables.

3.5. Diseño de la investigación:

El estudio es transversal porque se recolectó la información en un solo momento, y es retrospectivo porque se analiza información pasada mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de apendicitis aguda que han sido atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante los años 2022 y 2023. Conformado por un total de 121 casos.

3.6.2. Muestra

Todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de apendicitis aguda que han sido atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante los años 2022 y 2023 y que cumplan los criterios de establecidos para su participación.

La selección se realizará empleando un muestreo probabilístico aleatorio simple por medio de la fórmula diseñada para muestras finitas.

Tamaño de muestra:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

- **n:** Tamaño de la muestra.
- **N:** Tamaño total de la población. (121)
- **Z:** Nivel de confianza. (por ejemplo, 1.96 para un 95% de confianza).
- **p:** Proporción esperada. (0.50)
- **q:** Complemento de la proporción esperada. (q = 1 - p) (0.50)
- **d:** Margen de error aceptable. (0.05)

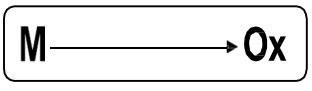
De acuerdo con la fórmula utilizada, se determina que el tamaño de la muestra consiste en 92 pacientes.

3.6.3. Criterios de inclusión

- Pacientes pediátricos menores de 15 años con diagnóstico confirmado de apendicitis aguda.
- Pacientes atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante 2022-2023.
- Registros médicos completos, con información integral y clara, incluyendo: Informe quirúrgico detallado. Pruebas diagnósticas (laboratorio e imágenes) que respalden el diagnóstico.

3.6.4. Criterios de exclusión

- Registros médicos incompletos o ilegibles que carezcan de datos clave necesarios para el análisis.



Donde:

- **M=** Muestra
- **Ox=** Observación de las variables de caracterización (perfil epidemiológico, clínico y quirúrgico)

3.6.5. Muestreo

El muestreo probabilístico aleatorio simple es un método en el que todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos para la muestra.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La información necesaria de los registros médicos se recopiló utilizando un instrumento específico, que en este caso consiste en una ficha de recolección de datos compuesta por tres secciones relacionadas con las variables de caracterización. Estas secciones abordan el perfil epidemiológico, clínico y quirúrgico de los pacientes. En el perfil epidemiológico, se considera la edad distribuida en rangos (menores de 5 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años) y el sexo (masculino y femenino). El perfil clínico aborda los síntomas, como dolor abdominal, náuseas, vómitos, anorexia, diarrea, y signos como fiebre, distensión abdominal, signo de Mc Burney y signo de rebote. Por último, el perfil quirúrgico se centra en el tratamiento, ya sea apendicectomía laparoscópica o abierta, y el tipo de apendicitis según el informe operatorio (congestiva o catarral, flemonosa o supurada, gangrenosa o necrótica, y perforada) (anexo 2). Esta ficha fue evaluada por expertos en el área, quienes la calificaron según nueve criterios. Posteriormente, se obtuvo un promedio de validación del 81.75% y fue aprobado por cuatro médicos especialistas en cirugía general (anexo 3).

Confiabilidad

Se utilizó la medida estadística de alfa de Cronbach (anexo 4) obteniendo un valor de 0.91, lo que indica una confiabilidad muy alta.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Después de haber desarrollado y validado el instrumento de recolección de datos, se procedió a enviar un documento oficial solicitando la autorización al director del Hospital Amazónico de Yarinacocha (anexo 6) que es la institución objeto de estudio. En este caso, el propósito es obtener el acceso a los archivos de registros médicos específicamente del servicio de cirugía. Simultáneamente, se presentó una solicitud de aprobación al Comité de

Ética de la Facultad de Medicina Humana de la universidad (anexo 7), con el fin de garantizar que la recopilación de información se realice de manera ética y transparente.

Una vez obtenidas las aprobaciones correspondientes, se llevó a cabo la recopilación de datos con la asistencia del personal de apoyo autorizado. La información recolectada se ingresó en el instrumento diseñado para este propósito, asignándole a cada historia clínica un código numérico. Se enfocó únicamente en los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Es importante destacar que este método de recolección se clasifica como fuente secundaria, ya que se extraerá información de registros médicos existentes en lugar de recopilar datos directamente de los participantes.

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos recopilados a través de la ficha de recolección fueron sometidos a análisis y procesamiento mediante una plataforma de software desarrollada por IBM, específicamente el SPSS versión 28. Posteriormente, se representarán a través de tablas y figuras de frecuencia y porcentajes para facilitar la visualización de los datos.

3.10. Consideraciones éticas

Este estudio fue realizado siguiendo rigurosamente los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, obteniendo la aprobación tanto de la institución objeto de estudio, el Hospital Amazónico de Yarinacocha, como el Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la universidad. Esta diligencia asegura que el estudio cumple con los más altos estándares éticos y garantiza la protección de los derechos y el bienestar de los participantes, quienes constituyen un grupo vulnerable al tratarse de menores de edad.

Dado que se trata de un estudio de diseño retrospectivo, no se requerirá el consentimiento informado de los padres o tutores legales. Sin embargo, se garantizará la confidencialidad de la información al asignar un valor en números romanos a cada registro médico, preservando así la privacidad de los pacientes.

La recolección de información se llevará a cabo de manera segura a cargo del personal de apoyo y exclusivamente con el propósito de contribuir al beneficio social y al avance del conocimiento científico.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

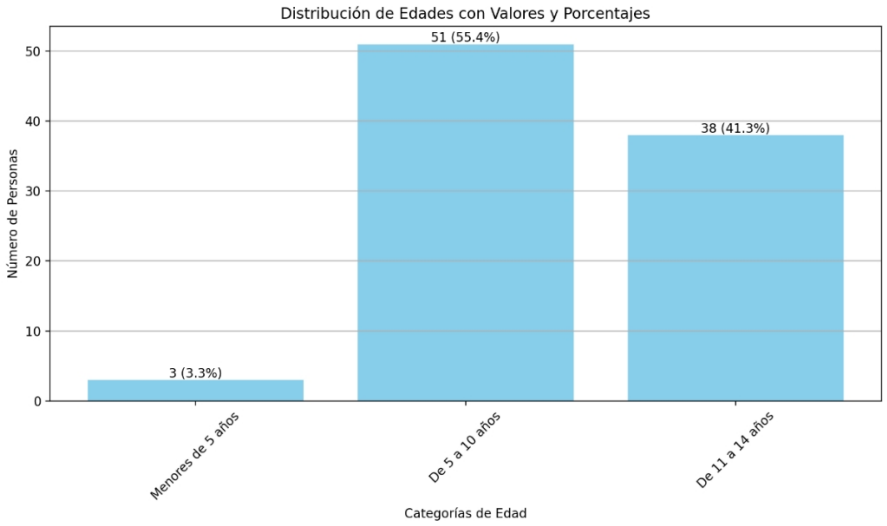
4.1.1. Perfil epidemiológico

Tabla 2. Edad de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.

Edad	N° casos	%	
Menores de 5 años	3	3.3	
De 5 a <11 años	51	55.4	
De 11 a 14 años	38	41.3	
Total	92	100.0	
esviación estándar	**Media**	**Mínimo**	**Máximo**
2.484	9.62	3	13

Fuente: base de datos

Figura 1. Edad de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda



La tabla 2 y figura 1 muestran la distribución de las edades agrupadas en tres categorías: "Menor de 5 años", "De 5 a 10 años", y "De 11 a 14 años", junto con las frecuencias absolutas y los porcentajes correspondientes.

"Menor de 5 años": Solo 3 personas (3.3%) pertenecen a esta categoría, lo que indica que es el grupo menos representado. Esto podría sugerir que hay menos individuos en edades tempranas o que el enfoque de los datos está más inclinado hacia edades mayores.

"De 5 a 10 años": Constituyen la mayor proporción con 51 personas, lo que corresponde al 55.4% del total, lo que lo convierte en un segmento significativo mayor. Indica que más de la mitad de los datos corresponden a niños en este rango de edad, mostrando una representación destacada.

"De 11 a 14 años": Representan 38 personas, lo que equivale al 41.3%. Esto refleja que buena cantidad de los datos se concentran en adolescentes, también tiene un porcentaje significativo, pero menor al grupo anterior.

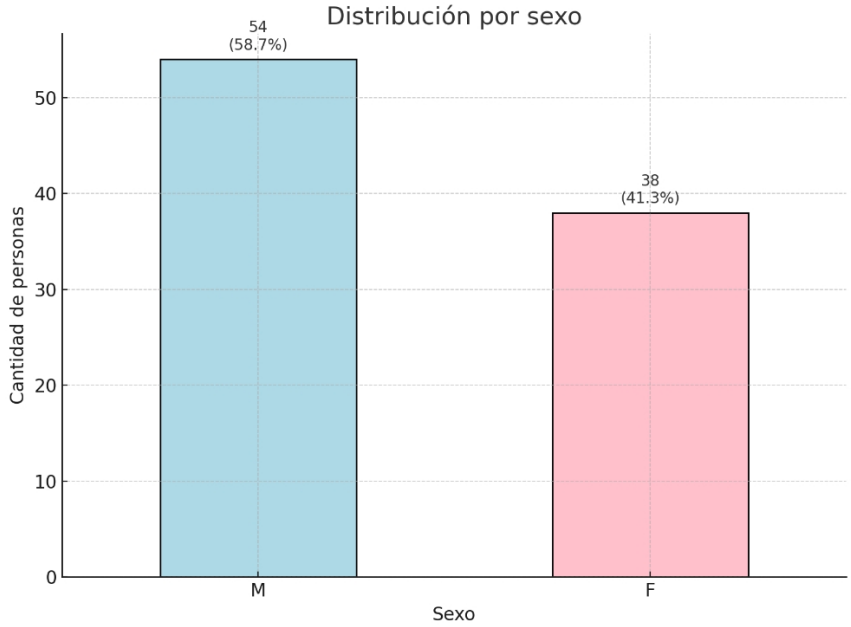
Más del 96% de las personas incluidas en los datos tienen entre 6 y 14 años, siendo el grupo "De 11 a 14 años" el más representado. El rango de "Menor de 5 años" tiene una representación muy baja, lo que sugiere que las edades más jóvenes no son tan comunes o relevantes para el análisis.

Tabla 3. Sexo de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.

Sexo	N° casos	%
Masculino	54	58.7
Femenino	38	41.3
Total	92	100.0

Fuente: base de datos

Figura 2. Sexo de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.



La tabla 3 y figura 2 presentan la distribución por sexo, mostrando que la mayor parte de los casos corresponde al sexo masculino, con un 58.7% (54 pacientes), mientras que el 41.3% (38 pacientes) pertenece al sexo femenino.

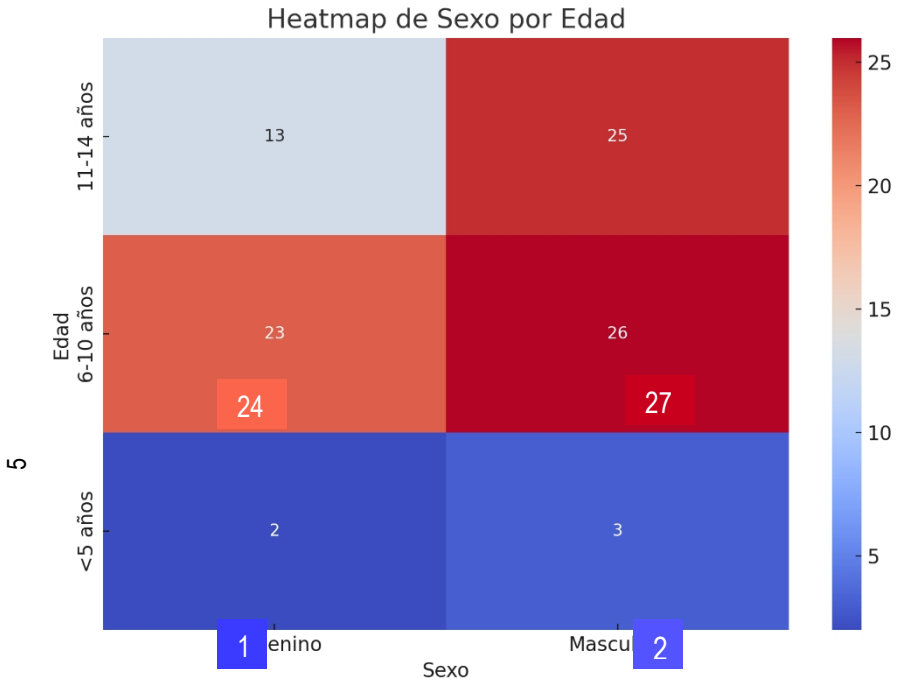
Tabla 4. Sexo de los pacientes por edad

Tabla de contingencia EDAD * SEXO

			SEXO		
			Femenino	Masculino	Total
EDAD	<5 años	Recuento	1	2	3
		% dentro de EDAD	33.3%	66.7%	100.0%
		% dentro de SEXO	2.6%	3.7%	3.3%
		% del total	1.1%	2.2%	3.3%
	5-10 años	Recuento	24	27	51
		% dentro de EDAD	47.0%	53.0%	100.0%
		% dentro de SEXO	63.1%	50.0%	55.4%
		% del total	26.1%	29.3%	55.4%
	11-14 años	Recuento	13	25	38
		% dentro de EAD	34.2%	65.8%	100.0%
		% dentro de SEO	34.2%	46.3%	41.3%
		% del total	14.1%	27.2%	41.3%
	Total	Recuento	38	54	92
		% dentro de EDAD	41.3%	58.7%	100.0%
		% dentro de SEXO	41.3%	58.7%	100.0%
		% del total	41.3%	58.7%	100.0%

Fuente: Base de datos

Figura 3. Sexo de los pacientes por edad



La tabla 4 y figura 3 representan la distribución de individuos según la categoría de sexo (femenino y masculino) y edad.

Los colores más oscuros indican un mayor número de personas en esa categoría. Por ejemplo, la celda correspondiente a "5-10 años" y "Masculino" tiene el mayor recuento (26), reflejado con un color más intenso.

En la distribución por edad: <6 años: Hay un total de 5 individuos, con 1 femenino y 2 masculinos. El color aquí es más claro, indicando un recuento bajo. De 5-10 años: Este grupo tiene el mayor total (51 personas), con 24 femeninos y 27 masculinos. El color es más oscuro, reflejando la mayor concentración de datos. De 11-14 años: Hay 38 personas en total, con 13 femeninos y 25 masculinos. Los masculinos dominan este grupo. El grupo de 5-10 años domina en términos de cantidad total de personas, especialmente masculinos. En el grupo de 11-14 años, aunque los masculinos son mayoría, hay una presencia femenina significativa. El grupo de <6 años tiene la menor representación total.

En general, los masculinos tienden a ser más numerosos en cada rango de edad, sin embargo, la diferencia no es muy pronunciada en el rango "5-10 años", donde hay una mayor paridad de género.

El heatmap muestra que la mayoría de las personas se encuentran en el rango de 5-10 años, con un predominio masculino en todos los grupos de edad. Sin embargo, los femeninos mantienen una presencia importante, especialmente en los grupos menores de 10 años.

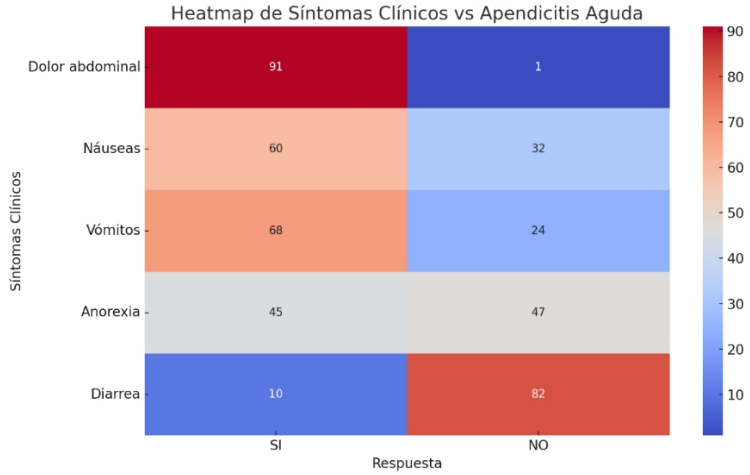
4.1.2. Perfil clínico

Tabla 5. Síntomas de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.

Síntomas clínicos	Dolor abdominal		Náuseas		Vómitos		Anorexia		Diarrea	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Apendicitis Aguda	91	1	60	32	68	24	45	47	10	82
Total	92		92		92		92		92	

Fuente: base de datos

Figura 4. Síntomas de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.



La tabla 5 y figura 4 representan Esta gráfica de tipo heatmap (mapa de calor) muestra la relación entre distintos síntomas clínicos y su frecuencia en pacientes con respuesta "Sí" o "No" a una posible apendicitis aguda. Los colores indican la intensidad de la frecuencia, con valores más altos en rojo y más bajos en azul.

Dolor abdominal: Es el síntoma más prevalente entre los casos con respuesta "Sí" a apendicitis aguda (91 casos), apenas 1 caso con dolor abdominal corresponde a una respuesta "No".

Náuseas: Asociadas a 60 casos de respuesta "Sí" y 32 casos de respuesta "No". Es un síntoma común en ambas respuestas, aunque más frecuente en casos positivos.

Vómitos: Se reportaron en 68 casos con respuesta "Sí" y 24 casos con respuesta "No". Predominan en casos positivos, pero también son significativos en negativos.

Anorexia: Presente en 45 casos de respuesta "Sí" y 47 casos de respuesta "No". Este síntoma tiene una distribución más equitativa entre ambas respuestas.

Diarrea: Es más frecuente en casos con respuesta "No" (82 casos) y poco común en los positivos (10 casos).

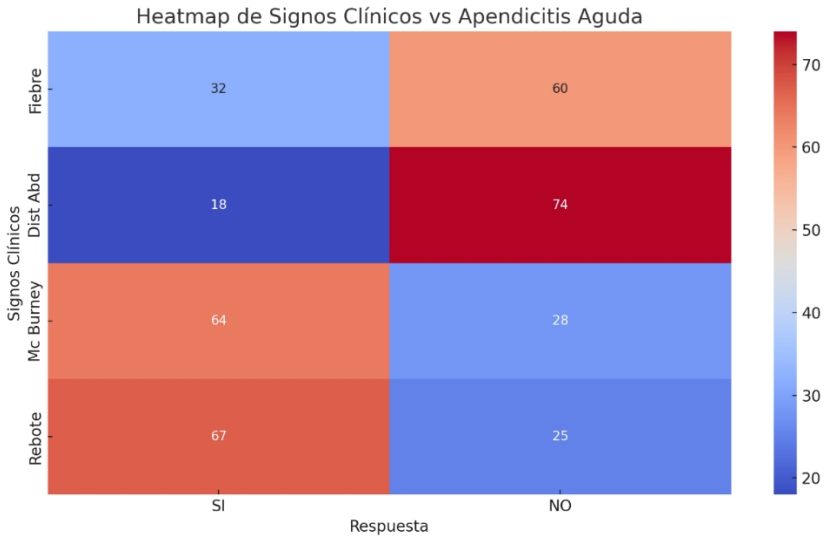
Dolor abdominal es el síntoma más fuertemente asociado a los casos de apendicitis aguda. Diarrea parece más frecuente en casos negativos, lo que podría ayudar a descartar apendicitis en algunos escenarios. Síntomas como náuseas y vómitos son comunes, pero no exclusivos de los casos positivos. Anorexia no muestra una clara diferenciación entre casos positivos y negativos.

Tabla 6. Signos de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.

Signos clínicos	Fiebre		Dist Abd		Mc Burney		Rebote	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Apendicitis Aguda	32	60	18	74	64	28	67	25
Total	92		92		92		92	

Fuente: base de datos

Figura 5. Signos de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.



La tabla 6 y figura 5 muestran la relación entre la presencia o ausencia de ciertos signos clínicos (Fiebre, Distensión Abdominal, Punto de McBurney, Rebote) en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda.

1. Frecuencias altas ("Sí"). Rebote (67 casos) y McBurney (64 casos): Estos son los signos clínicos más prevalentes en pacientes con apendicitis. Su alta frecuencia resalta su importancia como indicadores clave para el diagnóstico de apendicitis aguda. Fiebre (32 casos): Aunque menos frecuente que Rebote y McBurney, es un signo presente en una cantidad significativa de casos.

2. Frecuencias bajas ("No"). Distensión abdominal (74 casos "No"): Este signo es reportado como ausente en la mayoría de los pacientes, lo que indica que no es un síntoma comúnmente relacionado con apendicitis aguda. Ausencia de fiebre (60 casos "No"): Aunque hay casos con fiebre, una proporción considerable no presenta este signo, lo que indica que no es un indicador principal.

3. Colores del heatmap. Los colores cálidos (rojo intenso) representan valores altos, como:

- Rebote (67 "Sí") y McBurney (64 "Sí").
- Distensión abdominal (74 "No").

Los colores fríos (azul) representan valores bajos, como:

- Distensión abdominal "Sí" (18 casos).
- Fiebre "Sí" (32 casos).

Los signos de Rebote y McBurney son los indicadores más frecuentes en casos de apendicitis aguda, siendo esenciales para el diagnóstico. Por el contrario, la distensión abdominal es menos relevante, ya que aparece ausente en la mayoría de los casos. Este análisis sugiere que el enfoque en signos como Rebote y McBurney puede mejorar la precisión del diagnóstico.

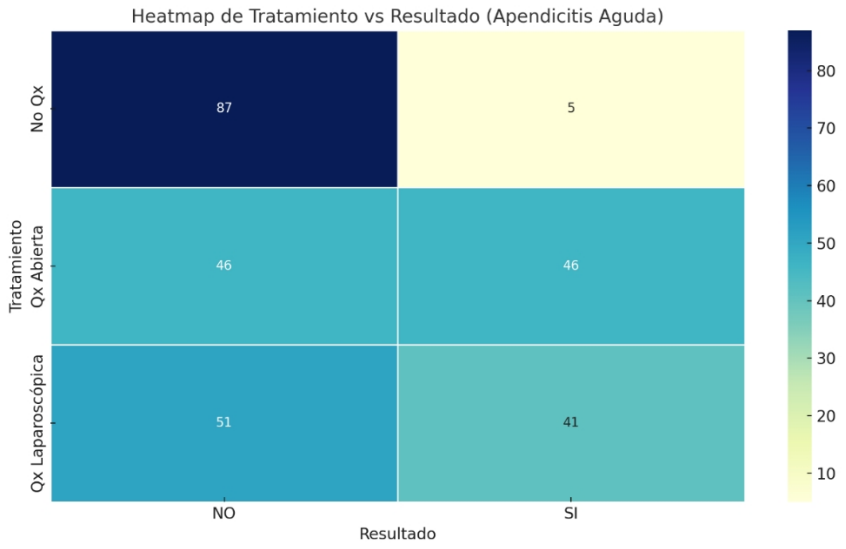
4.1.3. Perfil quirúrgico

Tabla 7. Tratamiento quirúrgico de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.

Tratamiento	Qx Laparoscópica		Qx Abierta		No Qx	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Apendicitis Aguda	41	51	46	46	5	87
Total	92		92		92	

Fuente: base de datos

Figura 6. Tratamiento quirúrgico de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.



La tabla 7 y figura 6 ilustran cómo se distribuyen los resultados (SI o NO) para diferentes tipos de tratamiento aplicados a pacientes con apendicitis aguda. A continuación, se interpreta en detalle:

Tratamiento: Clasifica las opciones terapéuticas analizadas:

Qx Laparoscópica: Cirugía mínimamente invasiva.

Qx Abierta: Cirugía tradicional con apertura abdominal.

No Qx: No tratamiento quirúrgico.

Hallazgos por Tipo de Tratamiento

Qx Laparoscópica: 41 casos realizados (SI), 51 casos no realizados (NO).

Qx Abierta: 46 casos realizados (SI), 46 casos no realizados (NO). Este tratamiento muestra una distribución perfectamente equitativa en la frecuencia de casos. Indica que este método tiene una eficacia predecible y constante.

No Qx: 5 casos donde no se realizó tratamiento quirúrgico por encontrarse el apéndice plastronado.

Las opciones quirúrgicas (laparoscópica y abierta) son significativamente frecuentes.

Qx Laparoscópica debería ser priorizada siempre que esté disponible, pero sus resultados necesitan ser optimizados.

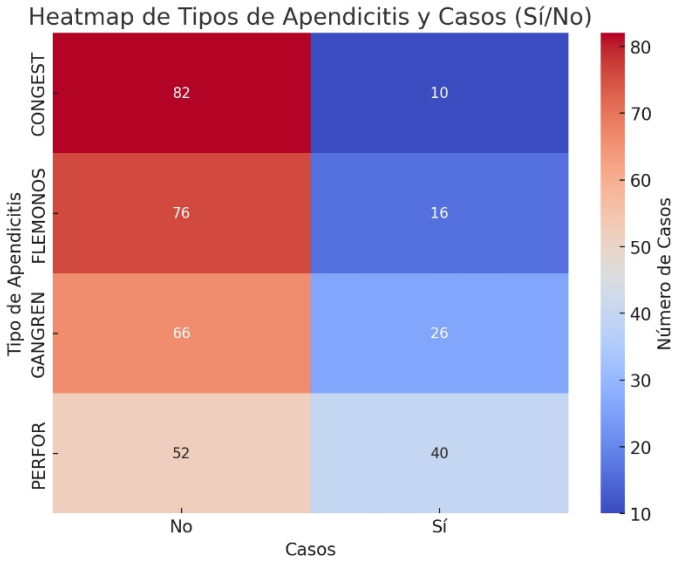
Qx Abierta sigue siendo una alternativa confiable y debería permanecer como una opción importante, especialmente en entornos con recursos limitados o para casos complicados.

Tabla 8. Tipo de apendicitis de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.

Tratamiento	Congestiva o catarral		Flemonosa o supurada		Gangrenosa o necrótica		Perforada	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Apendicitis Aguda	10	82	16	76	26	66	40	52
Total	92		92		92		92	

Fuente: base de datos

Figura 7. Tipos de Apendicitis por caso



Tipo de apendicitis de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.

La tabla 8 y figura 7 muestran la distribución de casos según la presencia ("Sí") o ausencia ("No") de las diferentes categorías de apendicitis: CONGESTIVA, FLEMONOSA, GANGRENOSA, y PERFORADA. A continuación, se presenta una interpretación de los datos:

CONGESTIVA: Hay más casos con ausencia de congestión ("No") en comparación con presencia ("Sí"). Esto sugiere que la apendicitis congestiva es menos frecuente en el conjunto de datos.

FLEMONOSA: También predominan los casos con ausencia de flemonosa ("No") frente a los casos donde está presente ("Sí"). Esto indica que este tipo de apendicitis tiene una ocurrencia moderada.

GANGRENOSA: Muestra una tendencia similar, con más casos sin gangrenosa ("No") que con presencia ("Sí"). Aunque no es la categoría más prevalente, la proporción de presencia es más alta que en otras categorías.

PERFORADA: Tiene una proporción relativamente alta de casos con presencia ("Sí") en comparación con las otras categorías. Esto sugiere que la apendicitis perforada es más común en este conjunto de datos.

La categoría PERFORADA (apendicitis perforada) es la que tiene mayor incidencia de casos con presencia ("Sí"), lo que puede reflejar una mayor gravedad de los casos reportados. Las categorías CONGESTIVA y FLEMONOSA tienen una baja proporción de presencia en los casos, posiblemente indicando estadios menos avanzados o menos frecuentes de apendicitis. Este tipo de análisis podría ser útil para priorizar recursos médicos o enfocar estrategias de prevención en los casos de mayor incidencia.

4.2. Discusión de resultados

En el servicio de cirugía del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante los años 2022 y 2023, se registraron 121 casos de apendicitis aguda en pacientes pediátricos menores de 15 años. El objetivo de este estudio es identificar el perfil epidemiológico y clínico- quirúrgico de la apendicitis aguda en esta población.

Se seleccionó una muestra de 92 pacientes mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. Las historias clínicas fueron revisadas para recolectar la información mediante una ficha de recolección de datos.

El presente estudio se caracteriza por hallazgos que coinciden y divergen con antecedentes nacionales e internacionales.

En cuanto al perfil epidemiológico, el grupo de edad más común fue de 5 a 10 años (53.7%), similar a los hallazgos de Pérez (2021) en Nicaragua, donde predominó el rango de 6 a 9 años. Sin embargo, difiere del estudio de González (2019) en México, que encontró una mayor prevalencia en niños de 1 a 5 años, y de Montes (2017) en Trujillo, que destacó el grupo de 11 a 14 años.

Este estudio reporta una mayor frecuencia en el sexo masculino (57.9%), lo cual concuerda con estudios como el de Sosa (2017) en Arequipa (58%), pero contrasta con el estudio de Pari (2016) en Iquitos, donde no hubo diferencias significativas entre sexos.

En relación al perfil clínico, los síntomas y signos predominantes como el dolor abdominal (98.9%) fue el síntoma más común, similar a los estudios de Quispe (2023) en Juliaca (99.1%). Además, el signo de rebote fue el más frecuente (72.8%), en línea con estudio de Pérez (2017) en Guatemala siendo el más prevalente (68.04%). Seguido del signo de Mc Burney con (69.5%) que contrasta con Sosa (2017) en Arequipa (99.1%).

En lo que respecta al perfil quirúrgico, referido a las técnicas quirúrgicas: La apendicectomía abierta fue la más utilizada (50%), similar a Montes (2017) en Trujillo (98%).

Sin embargo, difiere de estudios recientes que destacan la laparoscopía como el método preferido. Asimismo, la apendicitis perforada fue la más prevalente (43.4%), resultado comparable con Quispe (2023) (67%) pero en contraste con Sosa (2017), donde predominó la gangrenosa (39.1%).

Tabla 9. Comparación de estudios de investigación

Aspecto	Este Estudio	Quispe (2023)	Sosa (2017)	Montes (2017)	González (2019)
Grupo etario	5-10 años (53.7%)	6-10 años	11-14 años	11-14 años	1-5 años
Sexo predominante	Masculino (57.9%)	Femenino (50.6%)	Masculino (58%)	Masculino	Masculino (57%)
Síntoma principal	Dolor abdominal (47.4%)	Dolor abdominal	Dolor abdominal	Dolor abdominal	Dolor abdominal
Signo principal	McBurney (47.4%)	McBurney	McBurney	McBurney	McBurney (38%)
Técnica quirúrgica	Abierta (55.8%)	Abierta	Abierta	Abierta	Abierta
Tipo de apendicitis	Perforada (38.9%)	Perforada	Gangrenosa	Supurada	Edematosa

Fuente: Estudios de investigación

La prevalencia del grupo de 5 a 10 años puede estar relacionada con diferencias regionales en factores de riesgo como dieta y acceso a atención médica temprana. La alta proporción de casos de apendicitis perforada refleja posibles retrasos en el diagnóstico o dificultades en el acceso a atención especializada, lo cual es un área a mejorar en futuras intervenciones. La persistencia de la apendicectomía abierta sugiere limitaciones en tecnología o formación especializada en laparoscopía.

Este análisis permite contextualizar los resultados del presente estudio en un marco más amplio y destacar áreas clave para la mejora en la atención de pacientes pediátricos con apendicitis aguda.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Existe el perfil epidemiológico, clínico-quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha 2022-2023.
- Con respecto al perfil epidemiológico, la apendicitis aguda fue más frecuente en el grupo etario de 5 a 10 años (55.4.%), coincidiendo con estudios similares, aunque con ciertas diferencias regionales. Existe una predominancia del sexo masculino (58.7%), un hallazgo consistente con investigaciones previas en distintas regiones.
- Con respecto al perfil clínico, el dolor abdominal es el síntoma predominante (98.9%), corroborado por otros estudios nacionales e internacionales. El signo de rebote fue el más frecuente (72.8%), reflejando su relevancia diagnóstica en el contexto local y regional.
- Con respecto al perfil quirúrgico, La técnica quirúrgica más utilizada fue la apendicectomía abierta (50%), lo que sugiere posibles limitaciones en el acceso a tecnología o formación especializada en laparoscopía. La apendicitis perforada fue el tipo más prevalente (43.4%), lo que podría estar asociado con retrasos en el diagnóstico o en el acceso a servicios especializados.

5.2. Recomendaciones

- Investigar posibles factores de riesgo asociados a la apendicitis en esta población (por ejemplo, antecedentes familiares, dieta, hábitos de vida), lo que podría aportar una perspectiva más completa sobre el problema.
- Investigar por qué la apendicectomía abierta sigue siendo más frecuente que la laparoscópica en esta población, considerando factores como la disponibilidad de recursos, formación médica, o accesibilidad a tecnología. Fomentar estudios adicionales para evaluar estos factores que influyen en la presentación clínica y la evolución de la apendicitis aguda en poblaciones pediátricas.
- Analizar si existen correlaciones significativas entre variables epidemiológicas (grupo etario, sexo) y resultados clínico-quirúrgicos, como el tipo de apendicitis o el éxito del tratamiento.
- Realizar encuestas o entrevistas a los pacientes o sus familias para evaluar el impacto de la apendicitis y su tratamiento en la calidad de vida del paciente pediátrico, tanto en términos de recuperación física como psicológica. Crear un sistema de registro para el monitoreo continuo de casos de apendicitis aguda, lo que permitirá evaluar el impacto de las intervenciones implementadas y ajustar las estrategias según las necesidades emergentes.
- Implementar programas educativos para padres y cuidadores sobre la identificación temprana de síntomas de apendicitis, enfatizando la importancia de buscar atención médica oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonilla L, Gálvez C, Medrano L, Benito J. Impacto de la COVID-19 en la forma de presentación y evolución de la apendicitis aguda en pediatría. Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2021 [Citado 20 de enero de 2024]; 94(4):245-251.
Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-impacto-covid-19-forma-presentacion-evolucion-articulo- S1695403320305221

2. Vargas L, Barrera J, Ávila K, Rodríguez D, Muñoz B. Marcadores de severidad de la apendicitis aguda: estudio de prueba diagnóstica. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2022 [Citado 12 de agosto de 2024]; 37(1):3-9.
Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/3377/337770436002/337770436002.pdf

3. Chacón J, Chaverri D. Apendicitis Aguda: Evaluación diagnóstica. Rev Fac Med UNIBE [Internet]. 2021 [Citado 12 de agosto de 2024]; 3(2):1-6.
Disponible en: https://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/RFMUI/article/view/57

4. Cordero G. Evolución clínica de la apendicitis aguda en pacientes pediátricos en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de Querétaro, en el periodo de 2016 a 2018 [Tesis de especialidad]. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro; 2023 [Citado 21 de enero de 2024]. 51p.
Disponible en: https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/7965/1/RI007286.pdf

5. Pérez S. Abordaje clínico y terapéutico de la Apendicitis aguda complicada en pacientes pediátricos ingresados en el servicio de Cirugía pediátrica del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, León, en el periodo 2015- 2019 [Tesis de especialidad]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2021 [Citado 21 de enero de 2024]. 64p.
Disponible: http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/8194/1/245553.pdf

6. González A. Perfil epidemiológico de pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital de Alta Especialidad Veracruz [Tesis de especialidad]. Veracruz: Universidad Veracruzana; 2019 [Citado 21 de enero de 2024]. 37p.
Disponible en: https://cdigital.uv.mx/handle/1944/49789

7. Pérez L. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes pediátricos menores de 7 años con apendicitis aguda [Tesis de maestría]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala; 2017 [Citado 21 de enero de 2024]. 45p.

Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10550.pdf

8. Quispe E. Características epidemiológicas, clínico-quirúrgicas en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2019-2021 [Tesis pregrado]. Huancayo: Universidad Continental; 2023 [Citado 21 de enero de 2024]. 55p.

Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/12826

9. Lliuya I. Características clínicas y epidemiológicas de las apendicetomías en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el 2019 [Tesis pregrado]. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2021 [Citado 21 de enero de 2024]. 56p.

Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5082

10. Sosa J. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de la apendicitis aguda en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital III Goyeneche, Arequipa enero 2016-febrero 2017 [Tesis pregrado]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2017 [Citado 21 de enero de 2024]. 98p. Disponible en:

https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/911593b4-5c38-43eb-a049-f1555c77e133

11. Montes C. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de la apendicitis en la población pediátrica del Hospital Belén de Trujillo [Tesis pregrado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2017 [Citado 21 de enero de 2024]. 52p.

Disponible en:

https://dspace.unitru.edu.pe/items/536f265e-9a4b-43d3-aca2-3da15a8bd756

12. Pari H. Características epidemiológicas, clínico-quirúrgicas de pacientes pediátricos con apendicitis aguda en el Hospital Apoyo Iquitos durante el periodo de enero 2014 a diciembre 2015 [Tesis pregrado]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2016 [Citado 21 de enero de 2024]. 107p.

Disponible en: https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/4043

13. Rengifo R. Características clínicas, epidemiológicas y postquirúrgicas de apendicitis aguda en pacientes atendidos en el Hospital II Essalud-Pucallpa en el 2015 [Tesis pregrado]. Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali; 2016 [Citado 21 de enero de 2014]. 3p. Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/3325

14. Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. México: IMSS; c2009. Guía de rápida referencia: Diagnóstico de apendicitis; 30 de septiembre de 2009 [Citado 21 de enero de 2024].
Disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/031GER.pdf
15. Bastard F, Podevin G. Apendicitis y peritonitis apendicular en el niño. EMC-Pediatría [Internet]. 2022 [Citado 21 de enero de 2024]; 57(2):1-8.
Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1245178922464961
16. Murúa O, González M. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. Rev Med. UAS [Internet]. 2020 [Citado 21 de enero de 2024]; 10(4):222-232.
Disponible: https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n4/apendicitisaguda.pdf
17. Cedeño G, Bermeo J, Espinoza L, Mora J, Campoverde A. Apendicitis en el paciente pediátrico: una revisión de la literatura. Rev Cienc Dig [Internet]. 2021 [Citado 21 de enero de 2024]; 4(4):150-158.
Disponible en:
https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/AnatomiaDigital/articl e/view/1947
18. Ministerio de Salud [Internet]. Lima: MINSA; c2023.Guía Técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda en paciente pediátrico del Hospital de Emergencias Villa El Salvador; 13 de julio 2023 [Citado 21 de enero de 2024].
Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4941702/Gu%C3%ADa%20de%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20de%20Apendicitis%20Aguda%20en%20el%20paciente%20pedi%C3%A1trico.pdf?v=1691179622
19. Alvarado S, Quichimbo F. Apendicitis aguda: manejo quirúrgico vs antibiótico como opción de tratamiento. Revistavive [Internet]. 2023 [Citado 21 de enero de 2024]; 6(16):45-54.
Disponible en: https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/266/707
20. Torres L, Álvarez W, Calderón A. Apendicitis Aguda. Tesla Rev Cient [Internet]. 2022 [Citado 21 de enero de 2024]. 9789(8788):89-107.
Disponible en: https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/36/30

21. Vargas E, Gonzáles W, Rodríguez N. Apendicitis Aguda. Edu Sal [Internet]. 2022 [Citado 20 de enero de 2024]; 10(20):70-82.
Disponible en: https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/7573
22. Rafael M, Quispe K, Pantoja L. Apendicitis aguda: Concordancia clínica, quirúrgica y anatomopatológica en un Hospital de Emergencias Peruano. Rev Fac Med [Internet]. 2022 [Citado 20 de enero de 2024]; 22(3):463-470. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312022000300463
23. Padrón G. Apendicitis en niños de 0 a 3 años en un hospital general de segundo nivel. Análisis de cinco años (2013-2017). Cir Gen [Internet]. 2019 [Citado 20 de enero de 2024]; 41(3):177-183.
Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-00992019000300177&script=sci_abstract
24. Segura D, Vásquez E, Mora G. Incidencia de apendicitis en niños de 6 a 15 años en el Hospital General Teófilo Dávila enero a abril 2022. Rev Cient Prof [Internet]. 2022 [Citado 20 de enero de 2024]; 7(8):1235-1251.
Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9042764
25. Mella V, Baus B, Chuecas M, De Bonis O, Farago D, Garib A, et al. Apendicitis Aguda: Análisis descriptivo de la situación epidemiológica en Chile. Rev Confluen [Internet]. 2020 [Citado 20 de enero de 2024]; 2(1):26-29.
Disponible en: https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/496/457
26. Paredes P, Bravo A, Tamayo A, Toapanta M, Toscano A. Caracterización clínica y laboratorial de la apendicitis en la edad pediátrica. Pediatric [Internet]. 2022[Citado 20 de enero de 2024]; 49(1):14-20.
Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312022000300463&script=sci_arttext
27. González S, González L, Quintero Z, Rodríguez B, Ponce Y, Fonseca B. Apendicitis Aguda en el niño: guía de práctica clínica. Rev Cub Ped [Internet]. 2020[Citado 20 de enero de 2024]; 92(4):e1088.
Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034753120200004000015#:~:text=La%20mortalidad%20es%20inferior%20a,edad%20menor%20de%205%20a%C3%B1os

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO
General: ¿Cuál es el perfil epidemiológico, clínico-quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2 0 2 2 - 2023? **Específicos:** ¿Cuál es el perfil epidemiológico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital ¿Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023? ¿Cuál es el perfil clínico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023? ¿Cuál es el perfil quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023?	**General:** Identificar el perfil epidemiológico, clínico- quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023. **Específicos:** Identificar el perfil epidemiológico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023. Identificar el perfil clínico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023. Identificar el perfil quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022-2023.	**Hipótesis Alternativa:** **H1:** Existe el perfil epidemiológico, clínico-quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha,2022- 2023. **Hipótesis Nula:** **H0:** No existe el perfil epidemiológico, clínico-quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha,2022-2023.	**Tipo:** Básico **Nivel:** Descriptivo **Método:** No experimental **Diseño:** Transversal y Retrospectivo **Instrumento:** Ficha de recolección de datos. **Variables** **Variable de interés:** • Apendicitis Aguda **Variable de caracterización:** • Perfil Epidemiológico • Perfil Clínico • Perfil Quirúrgico	**Población:** Todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de apendicitis aguda que han sido atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante los años 2022 y 2023 **(N=121).** **Muestra:** Todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de apendicitis aguda que han sido atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante los años 2022 y 2023 y que cumplan los criterios de establecidos para su participación **(n=92).** **Criterios de inclusión** -Registro médicos de pacientes pediátricos menores de 15 años. -Registros médicos que posean información integra, clara y que contengan el informe de la intervención quirúrgica. **Criterios de exclusión** -Registros médicos de pacientes pediátricos con diagnóstico de masa o flemón apendicular. -Registros médicos de pacientes pediátricos que han fallecido. -Registros médicos que contengan solicitud de retiro voluntario. **Muestreo:** Muestreo probabilístico aleatorio simple por medio de la fórmula diseñada para muestras finitas.

Anexo 2. Ficha de recolección de datos

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO-QUIRÚRGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICITIS AGUDA DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, 2022-2023.

Objetivo general: Identificar el perfil epidemiológico, clínico-quirúrgico en pacientes pediátricos con apendicitis aguda del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022- 2023.

Código numérico: Fecha:

Perfil epidemiológico

1. Edad:

- Menores de 5 años ( )
- De 5 a 10 años ( )
- De 11 a 14 años ( )

2. Sexo:

- Masculino ( )
- Femenino ( )

Perfil clínico

3. Síntomas:

- Dolor abdominal ( )
- Náuseas ( )
- Vómitos ( )
- Anorexia ( )
- Diarrea ( )
- Signos:
- Fiebre ( )
- Distensión abdominal
- Signo de Mc Burney ( )
- Signo de rebote ( )

Perfil quirúrgico

4. Tratamiento quirúrgico (apendicectomía)

- Apendicectomía laparoscópica ( )
- Apendicectomía abierta ( )

5. Tipo de apendicitis según el informe operatorio

- Congestiva o catarral ( )
- Flemonosa o supurada ( )
- Gangrenosa o necrótica ( )
- Perforada ( )

Autor: Carlos Alberto Banda Satalaya. Validación de instrumento: juicio de expertos

Anexo 3. Validación de instrumento: juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Informe de opinión de experto

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Caycho Quiroga Juan Manuel

1.2 Especialidad: Cirugía General

1.3 Institución donde labora: Hospital Amazónico de Yarinacocha

1.4 Autor del Instrumento: Carlos Alberto Banda Satalaya

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro y preciso			58%		
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuesta					96%
ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología			60%		
ORGANIZACION	Existe una organización lógica					90%
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad				78%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos					95%
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.			60%		
INTENCIONALIDAD	Adecuado para identificar el perfil epidemiológico, clínico y quirúrgico de apendicitis aguda				80%	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación				80%	

III. APROBADO: SÍ ( ) NO ( )

Fecha 27/02/24

Dr. Juan Manuel Caycho Quiroga
CIRUGÍA GENERAL
Y LAPAROSCÓPICA
C.M.P. 14513 RNE: 758

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Informe de opinión de experto

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Elena Alvan Cardenas

1.2 Especialidad: Cirugia General

1.3 Institución donde labora: Hosp. Amazonico Yarinacocha

1.4 Autor del Instrumento: Carlos Alberto Banda Satalaya

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro y preciso					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuesta				80%	
ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica					90%
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos					95%
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para identificar el perfil epidemiológico, clínico y quirúrgico de apendicitis aguda					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					90%

III. APROBADO: SÍ ( ) NO ( )

MC. Elena Alván Cárdenas
Cirugía General / Laparoscopica
CMP: 30011 / RNE: 25371

Fecha: 25/02/22

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Informe de opinión de experto

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Echeverria Ibazeta Ronald Rainer

1.2 Especialidad: Cirugia General

1.3 Institución donde labora: Hospital Amazónico.

1.4 Autor del Instrumento: Carlos Alberto Banda Satalaya

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro y preciso			60%		
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuesta				75%	
ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología			60%		
ORGANIZACION	Existe una organización lógica				75%	
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos				70%	
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.			49%		
INTENCIONALIDAD	Adecuado para identificar el perfil epidemiológico, clínico y quirúrgico de apendicitis aguda				70%	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación				75%	

III. APROBADO: SÍ (X) NO ( )

DR. R. Rainer Echeverria I.
CIRUGIA GENERAL LAPAROSCOPICA
CMP. 70274 RNE 40395
Firma y Sello

Fecha: 26/02/2024

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Informe de opinión de experto

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Tarazona Yabar DAVID

1.2 Especialidad: Cirugía General

1.3 Institución donde labora: Hosp. Amazonico Yarinacocha

1.4 Autor del Instrumento: Carlos Alberto Banda Satalaya

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro y preciso					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuesta					95%
ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica					90%
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos					90%
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para identificar el perfil epidemiológico, clínico y quirúrgico de apendicitis aguda					95%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					95%

III. APROBADO: SÍ (X) NO ( )

Fecha 28/02/2024

Firma y Sello

MINISTERIO DE SALUD
GDS: GRU-DIRESAU
HOSPITAL AMAZONICO
Dr. DAVID E. TARAZONA YABAR
CMP. N° 15894 / RNE. N° 5090
CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPICA
HOSPITALIZACIÓN

Anexo 4. Promedio de valoración del instrumento

Número de expertos	Nombres y apellidos del experto en cirugía general laparoscópica	Promedio de valoración
1	Elena Alvan Cárdenas	90.4 %
2	Ronald Rainer Echevarría Ibazeta	69.4 %
3	Juan Manuel Caycho Quiroga	76.7 %
4	David Tarazona Yabar	90.5%
TOTAL		81.75 %

EL PORCENTAJE DE VALIDEZ CORRESPONDE A: 81.75%

Anexo 5. Validación de instrumento: Alfa de Cronbach

	ÍTEMS									
Encuestados	**I1**	**I2**	**I3**	**I4**	**I5**	**I6**	**I7**	**I8**	**I9**	**TOTAL**
E1: Dra. Elena Alván Cárdenas	5	4	4	5	5	5	5	5	5	43
E2: Dr. Ronald Rainer Echevarría Ibazeta	3	4	3	4	5	4	3	4	4	34
E3: Dr. Juan Manuel Caycho Quiroga	3	5	3	5	4	5	3	4	4	36
E4: Dr. David Tarazona Yabar	5	5	4	5	5	5	5	5	5	44
Varianza	1.000	0.250	0.250	0.188	0.188	0.188	1.000	0.250	0.250	
Sumatoria de varianzas	3.563									
Varianza de la suma de los ítems	18.688									
Coeficiente de confiabilidad (Alfa de Cronbach)	**0.91**									

La interpretación práctica de un coeficiente de confiabilidad según el Alfa de Cronbach puede realizarse considerando los valores que oscilan entre 0 y 1.00. Para facilitar esta interpretación, se puede utilizar rangos de magnitud que ayuden a comprender mejor la fiabilidad de las mediciones realizadas.

- 0,81 a 1,00 Muy Alta
  - 0,61 a 0,80 Alta
  - 0,41 a 0,60 Moderada
  - 0,21 a 0,40 Baja
  - 0,01 a 0,20 Muy Baja

Anexo 6. Autorización de la institución

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

HOSPITAL AMAZÓNICO

""AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

Yarinacocha 25 de marzo del 2024.

CARTA N° 112- 2024-GRU-DIRESA-HAYA.

Señor
CARLOS ALBERTO BANDA SATALAYA
Solicitante.
Ciudad.-

ASUNTO	:	**AUTORIZACION PARA OBTENER DATOS**
REF.	:	**SOLICITUD.**

Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y al mismo tiempo referirme a su solicitud de fecha 06/03/2024, mediante la cual solicita autorización para ingresar a las instalaciones del Hospital Amazónico, con la finalidad de obtener datos de las historias clínicas de los paciente pediátricos para realizar un estudio de investigación denominado **"PERFIL EPIDEMIOLOGICO CLINICO Y QUIRURGICO EN PACIENTES PEDIATRICOS CON APEDINCITIS AGUDA DEL HOSPITAL AMAZONICO DURANTE LOS AÑOS 2022 Y 2023".**

Al respecto debo manifestar a usted, que se autoriza su solicitud para la ejecución de dicho pedido, permitiendo realizar y dar las facilidades según lo solicitado.

Sin otro particular me suscribo de usted no sin antes reiterarle la muestra de mi estima personal.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
DIRESA
HOSPITAL AMAZONICO

Mg. Lucas Renato Martin Borjas Roa
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL AMAZONICO
CMP 59266

LBR/HAYA.
C.c.
Archivo

Anexo 7. Oficio de aprobación por comisión de grados y títulos

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la conmemoración de Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

COMISIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS

Pucallpa, 13 de Mayo del 2024

OFICIO N°160-2024- UNU- FMH- CGyT

Señor:
Bach. Carlos Alberto Banda Satalaya
Presente.-

ASUNTO : **REMITO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APROBADO**

Ref. : Oficio N° 078-2024-UNU-FMH-CEI. Reg. N°145-2024

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente, y en mérito al documento de referencia, el Presidente de la Comisión de Grados y Títulos, le hace llegar su Proyecto de Investigación **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad, para su conocimiento y trámite correspondiente.

Título del Proyecto: "PERFIL EPIDEMIOLÒGICO, CLÌNICO- QUIRURGICO EN PACIENTES PEDIÀTRICOS CON APENDICITIS AGUDA DEL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA, 2022-2023"

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente,

M.C. Angel Martti Roncal Jiménez
Presidente de la Comisión de Grados y Títulos-FMH