



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Enfermería

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 5 A 10 AÑOS DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, AZOGUES, JULIO – DICIEMBRE 2021.

Trabajo de titulación previo a la obtención
del título de Licenciado en Enfermería.
Modalidad: Proyecto de Investigación.

AUTORAS:

Cinthya Pamela Cullacay Ortega

C.I. 0302688114

Correo electrónico: cinthya.cullacay@hotmail.com

Nathalie Valeria Vidal Córdova

C.I. 1105470916

Correo electrónico: nathalievale2000@gmail.com

DIRECTOR:

Lcda: Maria Del Rosario Morejón González, Mgt.

C.I. 0201239498

CUENCA – ECUADOR

06/04/2022



Resumen

Antecedentes: Según el artículo publicado en el año 2019 en el Hospital Homero Castanier Crespo evidencia que la Apendicitis Aguda se presenta con mucha frecuencia en pacientes pediátricos de 5 a 10 años.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas y estrategias de diagnóstico de la apendicitis aguda en pacientes pediátricos de 5 a 10 años del Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues, Julio – Diciembre 2021.

Metodología: se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño observacional descriptivo de corte transversal, se utilizó formularios, base de datos anonimizada e historias clínicas del Hospital para la recolección de la información y se analizó mediante el programa SPSS 25.

Resultados: Las pacientes mujeres de 8 a 10 años con Apendicitis Aguda representan un 54,4%, son residentes de la zona urbana, el estado nutricional se refleja en niños con 28,6 % y niñas con 33,3% indicando peso normal. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son dolor en la fosa iliaca derecha con 22,9%, vómito 21,9% y náuseas 20,6%. El tiempo de evolución tiene un promedio de $1,27 \pm 0,61$. Las estrategias de diagnóstico más empleadas son la valoración física, las pruebas de laboratorio con un 37% y la ecografía con un 26%.

Conclusiones: se determinó las manifestaciones clínicas más frecuentes y se describió las estrategias de diagnóstico más utilizadas en la identificación de la patología, relacionando así con la edad, sexo, lugar de residencia y estado nutricional de los pacientes pediátricos de 5 a 10 años.

Palabras clave: Apendicitis Aguda. Manifestaciones Clínicas. Estrategias de Diagnóstico. Pacientes Pediátricos.



Abstract

Background: According to the article published in 2019 at the Hospital Homero Castanier Crespo evidence that Acute Appendicitis occurs very frequently in pediatric patients aged 5 to 10 years.

Objective: to describe the clinical manifestations and diagnostic strategies of acute appendicitis in pediatric patients aged 5 to 10 years at the Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues, July - December 2021.

Methodology: a study with a quantitative approach, descriptive cross-sectional observational design was carried out, using forms, anonymized database and medical records of the Hospital to collect information and analyzed with the SPSS 25 program.

Results: Female patients aged 8 to 10 years with acute appendicitis represent 54.4%, they are residents of the urban area, the nutritional status is reflected in boys with 28.6% and girls with 33.3% indicating normal weight. The most frequent clinical manifestations are pain in the right iliac fossa with 22.9%, vomiting 21.9% and nausea 20.6%. The average time of evolution was 1.27 ± 0.61 . The most used diagnostic strategies were physical assessment, laboratory tests with 37% and ultrasound with 26%.

Conclusions: the most frequent clinical manifestations were determined and the most used diagnostic strategies in the identification of the pathology were described, relating to age, sex, place of residence and nutritional status of pediatric patients aged 5 to 10 years.

Key words: Acute appendicitis. Clinical manifestations. Diagnostic strategies. Pediatric patients.



ÍNDICE

Resumen	2
Abstract	3
Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio	
Institucional	6
Cláusula de Propiedad Intelectual	8
Agradecimiento.....	10
Dedicatoria.....	11
CAPÍTULO I.....	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN.	15
CAPÍTULO II.....	17
4.1 MARCO TEÓRICO.....	17
2.1.1 Apendicitis Aguda (AA).....	17
2.1.2 Etiología.....	17
2.1.3 Manifestaciones Clínicas	18
2.1.4 Estrategias de Diagnóstico.....	19
2.1.5 Complicaciones.....	20
2.1.6 Tratamiento	21
CAPÍTULO III.....	23
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	23
3.1 Objetivo General	23
3.2 Objetivos Específicos	23
CAPÍTULO IV	24
4. METODOLOGIA	24
4.1 TIPO DEL ESTUDIO	24
4.2 Área de Estudio.....	24



4.3	UNIVERSO Y MUESTRA	24
4.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	25
4.5	VARIABLES	25
4.6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (ANEXO 1)	26
4.7	MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	26
4.8	PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS	29
4.9	ASPECTOS BIOETICOS	29
CAPÍTULO V	31	
	RESULTADOS E INTERPRETACIÓN	31
CAPÍTULO VI	36	
	DISCUSIÓN	36
CAPÍTULO VII	39	
	CONCLUSIONES	39
	RECOMENDACIONES	40
CAPÍTULO VIII	41	
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
CAPÍTULO IX	47	
	ANEXOS	47
	Anexo N° 1: Operacionalización de variables	47
	Anexo N° 2: Formulario para la recolección de información	51




**Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional**

Cinthy Pamela Cullacay Ortega en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 5 A 10 AÑOS DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, AZOGUES, JULIO – DICIEMBRE 2021”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca 06 de abril de 2022


Cinthya Pamela Cullacay Ortega
C.I. 0302688114



**Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional**

Nathalie Valeria Vidal Córdova en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 5 A 10 AÑOS DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, AZOGUES, JULIO – DICIEMBRE 2021”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca 06 de abril de 2022

Nathalie Valeria Vidal Córdova

C.I. 1105470916



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo Cinthya Pamela Cullacay Ortega, autora del trabajo de titulación denominado **“MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 5 A 10 AÑOS DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, AZOGUES, JULIO – DICIEMBRE 2021”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca 06 de abril de 2022

Cinthya Pamela Cullacay Ortega

C.I. 0302688114



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Nathalie Valeria Vidal Córdova, autora del trabajo de titulación **“MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 5 A 10 AÑOS DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, AZOGUES, JULIO – DICIEMBRE 2021”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca 06 de abril de 2022

Nathalie Valeria Vidal Córdova
C.I. 1105470916



Agradecimiento

Primeramente, quiero agradecer a Dios por acompañarme en el transcurso de mi formación profesional, ayudándome a superar cada uno de mis errores y guiarme a elegir el camino correcto. En segundo lugar, agradezco a las docentes de la Escuela de Enfermería que durante el transcurso de este tiempo fueron compartiéndonos sus conocimientos y sabiduría para que tengamos un buen desenvolvimiento en la vida profesional. Finalmente, agradezco a mi hermano y a mis padres por impulsarme a salir adelante y no permitir que me rinda a pesar de las adversidades que se han presentado a lo largo de este camino, por la confianza, el apoyo emocional y económico que me han brindado. También a todos mis seres queridos por apoyarme en todo momento con palabras de aliento y motivarme a seguir formándome académicamente.

Cinthy Pamela Cullacay Ortega

En primer lugar, agradezco profundamente a Dios por permitirme estar con vida y salud para cumplir cada una de mis metas y guiar mi camino. También agradezco a mis abuelos que han sido un pilar fundamental durante mi formación conjuntamente con mis padres ya que su impulso para salir adelante me ha mantenido firme en el transcurso de mi vida. Finalmente, a mis docentes de la universidad de cuenca que han plasmado en mí su conocimiento para formarme durante mis estudios como una excelente profesional.

Nathalie Valeria Vidal Córdova



Dedicatoria

Dedico el presente trabajo de titulación con todo el cariño y amor del mundo a mis padres, que me han enseñado a luchar por mis sueños y a confiar en mi capacidad para cumplir cada meta que me proponga, son el motor indispensable en mi vida y me han apoyado incondicionalmente durante el transcurso de mi formación tanto personal como académica en los momentos más duros impidiéndome que me rinda. A mi hermano por confiar en mí todo momento y motivarme a seguir adelante. Por último, dedico a toda mi familia y a mis abuelos que creyeron en mí y me apoyaron siempre en cada uno de mis propósitos. La confianza de cada uno de ustedes es la razón principal para sentirme orgullosa de culminar mi carrera y cumplir una meta más.

Cinthy Pamela Cullacay Ortega

Dedico con profundo sentir mi trabajo de titulación a mis abuelitos que han sido como padres durante mi etapa de formación profesional y personal ya que sus enseñanzas me han impulsado a salir adelante. A mis padres porque su apoyo siempre ha estado presente para levantarme en las buenas y malas, a mis hermanos(as), sobrinas que siempre han estado para mí y ayudarme a no decaer. Finalmente, a mi novio por ser una persona incondicional conmigo y brindarme su apoyo desde que empezó mi sueño de estudiar una carrera universitaria en los buenos y duros momentos durante mis estudios.

Nathalie Valeria Vidal Córdova



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La Apendicitis Aguda (AA) es una enfermedad que se presenta como un cuadro abdominal indicado por la presencia de un proceso inflamatorio de carácter agudo que afecta en gran parte a la población en general, sin embargo, conforme a pasado el tiempo se ha demostrado tasas muy elevadas que corresponde aproximadamente a un 60% de los pacientes pediátricos de 5 a 10 años de ambos sexos¹.

La razón de aquel estudio es enfocada en la realidad muy clara en que se vive respecto a la intervención frente a la presencia de la enfermedad mencionada, puesto que, aquí se enfatiza el papel del personal de salud y en si también, el rol que cumple el personal de enfermería como tal a lo largo del proceso de valoración que se realiza a los pacientes con sospecha de apendicitis aguda, ya que debe existir una buena actuación de aquellos para evitar cualquier diagnóstico tardío o a su vez una intervención en blanco².

Además, con esto se puede brindar información muy útil que puede servir de manera muy amplia al personal que se encarga de la atención en las múltiples unidades de salud, para que de tal manera se pueda enriquecer el conocimiento y más que todo ir actualizando el existente, guiado en base a cada manifestación y metodología diagnóstica para así, evitar cualquier consecuencia irreversible que afecte al estado de salud de los pacientes y en general la vida de aquellos³.

Por ende, el siguiente estudio, con enfoque cuantitativo, de diseño observacional descriptivo de corte transversal, se concentra de manera específica y detallada en tratar de describir las manifestaciones clínicas que demuestran con mayor frecuencia y porcentaje los pacientes que acuden al Hospital Homero Castanier Crespo por presentar esta patología y a su vez las múltiples estrategias de diagnóstico existentes y que más se utiliza por los profesionales de la salud para la determinación de la presencia de la misma en los pacientes¹.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La apendicitis aguda se presenta con un gran porcentaje que se evidencian en muchos centros de salud, área de emergencias y demás unidades de salud, dentro de la cual su diagnóstico hace énfasis prioritariamente en la realización de la anamnesis y valoración física, también, existen otros métodos como marcadores inflamatorios, pruebas de imagen y reglas de predicción clínica, sin embargo, el nivel de error se muestra cada vez más alto². La seguridad de la población pediátrica es de importancia y responsabilidad para el personal de salud por lo cual se debe enfatizar en las manifestaciones clínicas y estrategias de diagnóstico de apendicitis aguda para realizar un diagnóstico correcto y efectivo.

La apendicitis aguda afecta a la población en general ya sea jóvenes, adultos y niños generando un sin número de infecciones y la hiperplasia folicular linfoide⁴, dicha patología está representada por el 60% de los cuadros de abdomen quirúrgico, pues, en los niños la obstrucción por cuerpos extraños como causa es poco frecuente, sin embargo, se quiere actuación temprana, tener manejo correcto, para extraer el mismo o realizar una apendicetomía⁵ También se considera relevante que al momento de relacionarla con otra enfermedad se pueden presentar manifestaciones clínicas similares dentro de práctica clínica.

Existe una cantidad considerable de pacientes en donde la localización del dolor se presenta esencialmente fuera del cuadrante inferior derecho a pesar de ser raro, muchos de los casos en niños el apéndice cecal izquierdo suele evidenciarse en la conocida mal rotación intestinal o rotación incompleta del intestino⁶.

Según el artículo de Velayos M, Muñoz-Serrano AJ, Estefanía-Fernández K, se han desarrollado varios scores para valorar el riesgo como “La respuesta inflamatoria de la apendicitis (AIR)” y se ha aplicado la Escala Alvarado, en sentido complementario, puesto que mientras más ágil sea la atención y la intervención quirúrgica se evita complicaciones como peritonitis y así impedir incluso la muerte⁷.



La población infantil es aquella que se presenta bastante en emergencia por sospecha de apendicitis aguda, siendo un indicativo para enfocarse de manera relevante en la evaluación clínica ya que luego de 24 horas de tener síntomas suele ocurrir la perforación y ahí prima la calidad de diagnóstico, ya que al inicio los pacientes suelen manifestar la presencia de dolor en fosa iliaca derecha, pues en casos se da en la región peri umbilical⁸. Por otro lado existen mucha confusión con cuadros de infecciones urinarias y patologías ginecológicas generando dificultad en el proceso diagnóstico y por ende existe recomendaciones como seguir un orden para realizar primero ecografía y luego tomografía computarizada de acuerdo al estado del paciente⁹.

Debido a la falta de equipos adecuados para el tratamiento de esta patología como lo es la intervención quirúrgica en caso de que sea necesario, ya que en las áreas rurales se brinda atención tardía que podría generar a la larga un sin número de complicaciones y por ende presenta impacto negativo para la salud del paciente¹⁰. Sin embargo en las áreas urbanas se cuenta con los medios necesarios y equipos de tecnología avanzada para el manejo de la patología pero aun así existe un porcentaje amplio de intervenciones negativas¹¹.

Por ello es sumamente importante que los profesionales de enfermería cuenten con conocimientos adecuados para el manejo correcto de los pacientes que presenten esta patología, es decir que estén en capacidad de desarrollar una entrevista directa o indirecta, clara y precisa, una valoración física completa empleando todas las técnicas semiológicas básicas, ya que al estar en contacto directo con estos pacientes se podría evitar cualquier tipo de complicación y poner en riesgo la vida de los mismos y así mismo brindar una atención oportuna con calidad y calidez que contribuya a una pronta recuperación³.

El personal de salud específicamente el enfermero/a no actúan de manera adecuada la presencia de apendicitis en los niños tiende a marcar un amplio territorio de búsqueda, confusión y distorsión dentro del campo diagnóstico determinante de la enfermedad, puesto que en algunos casos se puede desencadenar el conocido infarto omental durante el curso de una apendicitis aguda la misma que se presenta por mucha exposición a los diferentes estudios de imagen realizados de manera constante durante el proceso de reconocimiento de la afección.



Señalando lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las Manifestaciones Clínicas y Estrategias de Diagnóstico de la apendicitis aguda en pacientes pediátricos de 5 a 10 años del Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues, Julio – Diciembre 2021?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

En los centros de salud u hospitales la presencia de niños con apendicitis es muy recurrente pero la atención y manejo de los pacientes no siempre es adecuada mucho menos en los centros de salud que se encuentran en el área rural donde no se cuenta con la cantidad suficiente de profesionales de salud y no existen los equipos necesarios a utilizar y también influye mucho en cuanto al lugar de residencia de las personas ya que viven en zonas muy lejanas de los hospitales y el tiempo de llegada para atención puede ser tardía. Sin embargo, indistintamente del centro de salud u hospital el papel que cumple el personal de salud es imprescindible ya que el diagnóstico de apendicitis debe ser inmediato y correcto para poder actuar de manera eficaz y así evitar incluso la muerte de los niños que la presenten.

Durante el proceso que implica alcanzar una atención relacionada con el diagnóstico y tratamiento eficaz de manera primordial se debe tomar en cuenta varios factores entre los cuales se menciona: el nivel de conocimiento, información y calidad de preparación del personal de salud acerca de esta patología independientemente del lugar donde se encuentre, los recursos, y también el contexto en el cual se brinda atención al paciente.

Dentro de las actividades del personal lo más relevante está durante la aplicación de la entrevista directa, una valoración física empleando las técnicas semiológicas de acuerdo a las manifestaciones clínicas que presente el paciente, en donde con mayor frecuencia se está cometiendo errores ya sea por comodidad, medicación anticipada o lo anteriormente mencionado puesto que es el punto clave, sin embargo, las técnicas complementarias también influyen en base a muchos factores como tiempo, agilidad y veracidad en los resultados y se debe tomar mucho en cuenta aquello.



Por lo tanto se considera que este tema es relevante, novedoso e interesante, perteneciente al área gastrointestinal y línea de Apendicitis del Ministerio de Salud Pública, ya que permite conocer cosas nuevas y hace énfasis que al estar frente de dicha patología se debe considerar la manifestaciones clínicas en donde se debe actuar de manera eficaz utilizando las mejores técnicas de valoración y pruebas oportunas ya sea ecografía abdominal, tomografía, exámenes de laboratorio, además también es importante el fortalecimiento de la conciencia asistencial por parte del personal de salud hacia los pacientes pediátricos para que dicha enfermedad no deje de tener prioridad, con el objetivo de evitar complicaciones e identificar de manera inmediata y con eso se evite mortalidad por apendicitis aguda en niños asociado por la confusión con un dolor abdominal simple.



CAPÍTULO II

4.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Apendicitis Aguda (AA)

La apendicitis aguda es una patología que se presenta por la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que se considera como la causa primordial de los procedimientos de abdomen quirúrgico de carácter habitual durante la edad pediátrica. Se presentan marcadas diferencias clínicas importantes en relación con las personas adultas; al introducirse en la clínica dentro de la valoración física que se realiza a los pacientes infantiles es mucho más compleja, la presentación de complicaciones refleja una cantidad significativa, dirigiendo hacia el retraso del diagnóstico ya que también se dice que el epiplón aún no se desarrolla completamente¹².

Además, existen casos en que la presentación de apendicitis puede ser atípica es decir de manera diferente a lo que comúnmente se conoce o se ha visto, puesto que se puede desviar el diagnóstico porque se relaciona con síntomas de otras enfermedades que puede estar presentando en ese momento el paciente, en este caso en base a la edad entre ellas esta: infecciones urinarias, abdomen agudo, parasitosis o gastroenteritis¹³.

Dentro del estudio de la apendicitis en los niños se identifican factores relevantes que se evidencian como algunos síntomas atípicos, diagnósticos retardados, evoluciones de carácter gangrenoso, perforada o plastrones, presencia de bacterias y también aumento del número de complicaciones¹⁴.

2.1.2 Etiología

El conocimiento del origen de la enfermedad es un factor muy importante y este varía en algunos casos, ya que muchas veces depende de la edad del paciente, pues es clave para poder orientar el diagnóstico y a la vez también el tratamiento. Entre el



origen más común de la inflamación de apéndice se presenta la obstrucción de luz apendicular y se presentan mecanismos como la acumulación interna de materia fecal, hiperplasia de tejido linfoide, también bridas en el apéndice y el hecho de introducir objetos extraños, a pesar de que algunos son infrecuentes si se pueden dar en los pacientes pediátricos como al referirse también de las infecciones parasitarias relacionadas para causar sintomatología, sin embargo en un amplia cantidad no lleva hacia la inflamación histopatológica, pese a amplias dudas de carácter clínica. Cabe destacar que la hiperplasia linfoide ha sido considerada una de las causas más frecuentes en los pacientes de edad pediátrica¹⁵.

2.1.3 Manifestaciones Clínicas

Esta patología de manera primordial tiende a manifestarse clínicamente con un dolor en la región peri umbilical, con presentación violenta o agresiva dentro de 24 a 48 horas posteriores a su inicio, y suele diseminarse hacia el nivel de la fosa iliaca derecha dándose la aparición del conocido signo de Blumberg como descompresión brusca dolorosa. Además, durante la evolución paroxística, este se relaciona también a crisis digestivas como las náuseas, poco común vómito, síndrome de bajo peso o anorexia, presencia de fiebre entre 37,5 a 38,5 °C y afecciones en el intestino¹⁶.

Cuando se presenta dolor se conoce que es un indicador frecuente del área de urgencia, identificando por un gran porcentaje de pacientes que lo tienen y algunos incluso mantienen dolor severo que supera a 7/10¹⁷. En base al apéndice y las localizaciones del dolor pueden variar entre ellas; el apéndice de ubicación subhepática, en el hipocondrio derecho, en el apéndice pélvico como su nombre lo menciona en el área de la pelvis, con acompañamiento de tenesmo vesical por el flanco derecho, también en región posterior y lumbar y en apéndice retrocecal¹⁶.

Al referirse de manera especial en los pacientes de edad pediátrica se puede evidenciar manifestaciones clínicas como agitación, distorsión del sueño, baja nutrición, diarrea, temperatura elevada. Pues los mecanismos clínicos analíticos de esta enfermedad permiten el diagnóstico oportuno, analizando detenidamente diferencias de valores para diferenciar el grado de apendicitis¹⁸.

La apendicitis aguda se manifiesta en la mayoría de los pacientes como una respuesta inflamatoria larga con varios niveles de distensión intestinal como



consecuencia de íleo adinámico y lo anteriormente mencionado de la obstrucción intestinal mecánica, es por esto que las manifestaciones clínicas pueden llevar a errores debido a la similitud frente a otras afecciones que son comunes y este hecho puede llevar a la confusión de la sintomatología¹⁹.

Según el artículo de Gonzalez S, las manifestaciones clínicas que se presentan con mayor frecuencia es la Triada de Murphy comprende el dolor abdominal, anorexia, náuseas, vómitos, febrícula de manera ordenada. Además, hay que tener en cuenta que en el caso de tener pocas horas de evolución no se presentan todos los síntomas mencionados anteriormente de tal manera que es indispensable que el personal de salud no debe descartar la presencia de esta enfermedad¹⁶.

Un síntoma central de esta patología es el dolor abdominal caracterizado como periumbilical, epigástrico, cuando el dolor progresa se presenta sensibilidad a nivel del cuadrante inferior derecho detectándose en la exploración física, por otro lado, en casos poco comunes suele presentarse taquicardia y taquipnea. Además, se encuentra el punto de McBurney considerado el punto máximo del dolor abdominal específicamente está a dos tercios del ombligo en una línea trazada del ombligo a la espina iliaca anterosuperior derecha, en donde el paciente manifestara molestias e irritabilidad²⁰.

2.1.4 Estrategias de Diagnóstico

La Apendicitis Aguda es una afección muy famosa en donde se establece que la determinación de su diagnóstico es complicada, mientras más pronto se establezca se evita las intervenciones quirúrgicas negativas. En los pacientes pediátricos que acuden a los establecimientos de salud por sospecha de apendicitis la evaluación se centra específicamente en la historia clínica, en la valoración física del paciente que nos permite reconocer aspectos indispensables para la identificación de la enfermedad y también se aplica mecanismos complementarios para detectar o en casos para confirmar la presencia de esta patología como pruebas de laboratorio para evidenciar si hay alteración en el valor de glóbulos blancos que son indicadores de infección en si leucocitosis²⁰.

Además en metodología diagnóstica destaca la ecografía ya que mediante la captación de las imágenes brinda mayor confianza y no es invasivo, sencillamente



reproducible, el cual tiene como objetivo el brindar resultados de un nivel destacado siempre y cuando lo realice el personal capacitado y de manera correcta²¹.

Existen recomendaciones que se considera muy importantes acerca de la ecografía como el hecho de intentar mantener la disminución de falsos negativos, sin eliminar la posibilidad de que esté presente la patología, se debe prestar mucha atención a la anatomía longitudinal del apéndice, además en casos complicados se puede evidenciar íleo paralítico y reacción local que dificulta la observación adecuada¹².

También dentro del área pediátrica se considera que es la clave importante como método diagnóstico ya que no presenta radiaciones muy fuertes sin embargo también existen factores muy relevantes como el estado nutricional el cual permite evidenciar si los niños poseen sobrepeso u obesidad mediante el cálculo del IMC, mismo que está comprendido por el peso y la talla y por ende esto influye para evitar una visualización clara por el exceso de tejido graso que se encuentra en la pared abdominal²¹.

Por lo tanto, la Tomografía Computarizada (TAC), presenta una amplia resolución o un contraste positivo lo cual permite un mejor resultado visual durante la atención para el futuro diagnóstico ya que así se puede identificar de manera prematura evitando algún falso positivo o negativo. Se observa que la TAC tiene mayor precisión diagnóstica es decir es muy importante para confirmar la enfermedad luego de la valoración física y gracias a esta se reduce las intervenciones negativas o en blanco y muchas de las veces se prefiere un gasto necesario al optar por la misma y no tender a explorar con cirugía sin necesidad²².

Las estrategias de diagnósticos mencionadas anteriormente cumplen un rol indispensable dentro de los establecimientos de salud para la identificación oportuna y adecuada de la Apendicitis Aguda en los pacientes de edad pediátrica, ya que al no obtener unos resultados concretos e inmediatos se podría perjudicar la salud de los pacientes llevándolos a complicaciones graves²⁰

2.1.5 Complicaciones

Cuando un paciente presenta apendicitis necesariamente debe tener prioridad en la atención puesto que la evolución de la misma es muy ágil y puede traer consigo



muchas alteraciones debido a complicaciones relacionadas con su presencia pues, esta enfermedad se presenta por manifestación de dolor específicamente en fosa iliaca derecha, con periodos temporales o parciales y cuando no existe un diagnóstico prematuro esta avanza hacia una apendicitis crónica en la cual ya hay dolor permanente y este puede ser de 4 semanas, también se hace énfasis en la presencia de otras enfermedades que pueda tener el paciente ya que puede incidir en la confusión durante el diagnóstico que conlleve a retardar atención y con ello presentarse situaciones complicadas²³.

Se enfoca también en la posibilidad de coexistencia de apendicitis con algunas enfermedades como hernias, dengue en el que se presenta elevación de la temperatura (fiebre) y se manifiesta dolor abdominal por infección de la misma y puede causar demora en el diagnóstico diferencial y por ende la apendicitis puede evolucionar a una perforación causando infección que se reparte por toda la cavidad abdominal y también presentarse un absceso en donde se actúa con drenaje percutáneo respectivamente hazte realizar por completo y de ahí proceder con la cirugía y por otro lado en la perforación se hace intervención quirúrgica inmediata para evitar peritonitis que pone en un alto nivel de riesgo la vida de la persona²⁴.

Actualmente existe mecanismos muy influyentes para que se complique una apendicitis entre estos se encuentra la pandemia del coronavirus "covid 19" ya que ha supuesto una gran responsabilidad al personal sanitario en todos los servicios de salud y por ende se da prioridad a aquellos pacientes que presenten el virus y se deja en espera a los pacientes con patología diferentes y ahí entra el momento clave en donde llegan personas con manifestaciones clínicas de apendicitis y se tiende a dar medicación para un dolor abdominal simple o parasitosis dejando de lado la posibilidad de evaluar y diagnosticar apendicitis poniendo en riesgo la vida de los pacientes²⁵.

2.1.6 Tratamiento

Al referirse sobre tratamiento oportuno dentro de apendicitis aguda, se establece prioritariamente que desde hace algunos años y actualmente se toma a la apendicetomía tanto de tipo laparoscópica como también la abierta a pesar que esta última ya no se utiliza de preferencia. A pesar de que hay estudios sobre casos



manejados conservada mente, el hecho de realizar apendicetomía demostrando seguridad durante la misma no tiende a generalizar ya que también consigo puede desencadenar manifestaciones que aumentan la morbilidad delos pacientes²⁶.

Este procedimiento quirúrgico es tomado como mecanismo seguro, eficiente, que no implica gasto excesivo de recursos como comúnmente se menciona, además este da inicio a la mejora de técnicas que implican mínima invasión y es mayoritariamente recomendada para realizar²⁷.

Existen casos de pacientes sometidos a apendicetomía en donde se presenta un diagnóstico de apéndice maligno y esto debe ser confirmado mediante estudios histopatológicos ya que a veces si se puede utilizar la misma intervención quirúrgica como tratamiento para extirpar el tumor en caso de ser pequeño²⁸.

Siempre se considera la apendicetomía como tratamiento específico, sin embargo, en algunos casos se menciona el uso de medicamentos como los antibióticos para tratar un diagnóstico no complicado, pero este no es recomendado ya que a veces puede cubrir manifestaciones clave para evitar complicaciones graves y además solo proporciona alivio por poco tiempo²⁹.

Además, se ha llegado a comprender que en algunas situaciones el tratamiento de antibioterapia para aquellos pacientes que se encuentren con un diagnóstico de apendicitis aguda no complicada es muy satisfactorio, pero también tiene limitación para intervenir quirúrgicamente dirigido a los pacientes que no muestren respuestas esperadas o favorables durante los días posteriores a la administración³⁰.



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1 Objetivo General

Describir las manifestaciones clínicas y estrategias de diagnóstico de la apendicitis aguda en pacientes pediátricos de 5 a 10 años del Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues, Julio – Diciembre 2021.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a la muestra de estudio de acuerdo a variables de: sexo, edad, estado nutricional y lugar de residencia.
- Determinar la frecuencia de la apendicitis aguda en pacientes pediátricos de 5 a 10 años de edad según: manifestaciones clínicas, tiempo de evolución y tratamiento.
- Describir las estrategias de diagnóstico de la patología según: valoración física, prueba de laboratorio, ecografía abdominal y tomografía computarizada.



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio con enfoque cuantitativo mediante un diseño observacional descriptivo de corte transversal.

4.2 Área de Estudio

Hospital Homero Castanier Crespo (Área de pediatría) este se encuentra ubicado en Avenida. Andrés F Córdova y Luis Manuel Gonzalez. Distrito 03D01.Cantón Azogues parroquia Azogues. Este estudio es económicamente independiente y libre de contextos políticos.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Historias clínicas de Pacientes pediátricos de 5 a 10 años que acuden al Hospital Homero Castanier Crespo, que han sido registradas en la base de datos anonimizada en el periodo de julio - diciembre del 2021.

Muestra

La obtención de la muestra se realizó a partir del empleo de la siguiente fórmula:

Formula

$$n = \frac{Z_a^2 * p * q}{d^2}$$

Donde:

$Z_a^2 = 1.96$ al cuadro (si la seguridad es del 95%).

$p =$ proporción esperada (en este caso 5% = 0.05).

$q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$).

$d^2 =$ precisión (en su investigación use 4%).



n=tamaño de la muestra.

$$n = \frac{1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.04^2} = 114$$

El tamaño de la muestra a estudiar es de 114 pacientes pediátricos de 5 a 10 años del Hospital Homero Castanier Crespo.

Asignación

Para la selección de los pacientes pediátricos al estudio se empleó muestreo sistemático, es decir mediante una secuencia impar, en base a los pacientes atendidos durante el periodo establecido.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes pediátricos entre 5-10 años de edad.
- ✓ Pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Homero Castanier Crespo del cantón Azogues.
- ✓ Pacientes pediátricos con diagnóstico de apendicitis aguda.
- ✓ Pacientes pediátricos que acuden al Hospital Homero Castanier Crespo con sintomatología o sospecha de apendicitis aguda entre julio - diciembre del 2021.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes pediátricos con condiciones clínicas como parasitosis intestinal, infección de vías urinarias o gastroenteritis.
- ✓ Pacientes pediátricos con alguna discapacidad moderada o severa.

4.5 VARIABLES

Las variables presentes en el estudio son:

- Sexo
- Edad
- Lugar de residencia
- Estado nutricional



- Manifestaciones clínicas
- Tiempo de evolución
- Estrategias de diagnóstico.

4.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (ANEXO 1)

4.7 MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Métodos

Para iniciar la investigación se gestionó a través de la realización de un oficio dirigido al comité de Bioética y el comité de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca para la aprobación del protocolo de investigación. También se solicitó el permiso correspondiente al director del Hospital Homero Castanier Crespo para tener acceso a la base de datos, historias clínicas e información de los pacientes y de tal manera poder llevar a cabo la investigación.

Prueba Piloto

Para poder realizar el proyecto de investigación se realizó un interrogatorio o entrevista mediante la aplicación de un formulario de preguntas que fue creado como una prueba piloto, la cual fue impartida a una cantidad de 10 pacientes pediátricos para de tal manera evidenciar la presencia de algún tipo de error en el formulario planteado y en base a eso realizar correcciones con el fin de evitar alguna confusión al responder el mismo y que se obtenga la información correcta para la investigación.

Técnicas

La presente investigación se realizó empleando como técnica principal una entrevista indirecta a través de un formulario que fue elaborado para la recolección de información acerca del sexo, edad y lugar de residencia, tiempo de evolución. De igual manera se empleó el uso de las curvas de crecimiento para niños/as mayores de 5 – 9 años con la finalidad de valorar el estado nutricional. También al momento de aplicar el formulario se pudo determinar las manifestaciones clínicas que se presentan en



dicha patología y las estrategias de diagnóstico que se emplean en la detención de la misma.

Instrumentos:

- ✓ Para la evaluación de todas las variables se utilizó la base de datos y las historias clínicas de los 114 pacientes del Hospital Homero Castanier Crespo.
- ✓ Se desarrolló un formulario con preguntas que abarcaron las variables de sexo, edad, lugar de residencia, estado nutricional, manifestaciones clínicas, tiempo de evolución y estrategias de diagnóstico.
- ✓ Los datos de las variables de edad, sexo, manifestaciones clínicas, tiempo de evolución se obtuvieron del formulario 003 correspondiente a la hoja de anamnesis durante la revisión de la historia clínica de cada uno de los pacientes que fueron parte del estudio.
- ✓ La información del lugar de residencia fue tomada del formulario 001 (hoja de admisión) de la historia clínica de los niños/as que fueron parte de la investigación.
- ✓ La información para la variable de estrategias de diagnóstico se obtuvo del formulario 006 correspondiente a la hoja de Epicrisis al revisar la historia clínica de dichos pacientes.
- ✓ Para evaluar el estado nutricional se tomó en consideración el peso y la talla de los niños/as que se encuentra detallado en el formulario de la hoja de signos vitales 020 de la historia clínica. Con datos obtenidos de peso y la talla de cada paciente se procedió a llenar y graficar en los formularios 028 A3/09 y formulario 028 A4/09 de las curvas de crecimiento correspondientes a las niñas y niños de 5 a 9 años³¹.
- ✓ En el caso de los niños de 10 años se tomó el peso, talla y el IMC directamente del formulario 003 (hoja del examen físico) de la historia clínica de los pacientes.
- ✓ Para la determinación del IMC se tomó en cuenta los rangos como: desviación estándar entre 2 y -2 (normal), desviación estándar entre 2 y 3 (sobrepeso), desviación estándar entre 3 y más (obesidad) y la desviación estándar entre -2 y -3 (bajo peso)³¹.



- ✓ También es importante destacar que para la valoración del IMC se utilizó los valores de referencia de la fuente del Ministerio de Salud Pública³¹.

VALORES DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN NIÑOS	
Bajo peso	< 13.3
Peso Normal	13.3 a 18
Sobrepeso	18 a 20.4
Obesidad	> 20.4

Fuente: Ministerio de Salud Pública

Elaborado por: Pamela Cullacay, Nathalie Vidal.

VALORES DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN NIÑAS	
Bajo peso	< 12.7
Peso Normal	12.7 a 17.4
Sobrepeso	17.4 a 19.7
Obesidad	> 19.7

Fuente: Ministerio de Salud Pública

Elaborado por: Pamela Cullacay, Nathalie Vidal.

Procedimiento

Autorización: Se solicitó mediante oficios al director del Hospital Homero Castanier Crespo la autorización del acceso a la base de datos e historias clínicas del servicio de pediatría con Apendicitis Aguda para la realización de la presente investigación.

Capacitación: Las autoras del proyecto de investigación realizaron revisiones bibliográficas relacionadas con el tema propuesto para un correcto desarrollo del mismo. Además, la asesora de la tesis se ha encargado de impartir tutorías para contribuir en un buen desarrollo del trabajo de titulación.

Supervisión: El estudio de investigación fue supervisado por la Lcda, María Morejón, Mgt asesora del trabajo de titulación, Docente de la Carrera de Enfermería quien estuvo constantemente revisando la investigación a lo largo de su desarrollo.



4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS

Luego de la aplicación de los formularios los datos se transcribieron a una base digital y también se analizaron mediante el uso del programa SPSS versión 25, previo al análisis de datos se verifico la base para constatar que se encuentren llenados correctamente y estén completos de acuerdo a los datos de los formularios. Además, se realizó el análisis de las variables cuantitativas a través de desviación estándar, valor mínimo, máximo y rango, por otro lado, las variables cualitativas se analizaron a través de frecuencias y porcentajes.

4.9 ASPECTOS BIOETICOS

Para el desarrollo de la presente investigación el protocolo fue aprobado por el director, la comisión de investigación y el comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. El proceso de la investigación se llevó a cabo mediante la aplicación de una entrevista indirecta para recolectar información necesaria. En relación a la presente investigación no se presentarán riesgos mayores ya que los datos obtenidos se manejarán con absoluta confidencialidad utilizando la base de datos anonimizadas del Hospital, puesto que no se publicará la información personal ni los datos de identificación, pues no existe control de intereses. Después de un tiempo considerable se procederá a destruir la información, ya que la misma no será utilizada para otras investigaciones y la participación en la investigación será absolutamente voluntaria

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

- **Recursos Humanos**

Autoras: Cinthya Pamela Cullacay Ortega
Nathalie Valeria Vidal Córdova.

Asesora: Lcda: Maria Del Rosario Morejón González, Mgt.

Coordinador de docencia e investigación del HHCC: Dr. Vicente Carreño Rodríguez.

- **Recursos materiales:**



Ítem	Valor unitario	Número de unidades	Valor total
Computadora	\$700	1	\$720
Impresora	\$300	1	\$320
Internet	\$50	1	\$80
Transporte	\$10	8	\$100
Materiales de oficina (Esfero, lápiz, marcadores, hojas de papel boom, carpetas)	\$70	1	\$80
Alimentación	\$3	24	\$100
TOTAL			\$1.400,00



CAPÍTULO V

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

Tabla N 1. Descripción de la variable de Sexo de 114 pacientes pediátricos de 5 a 10 años con Apendicitis Aguda atendidos en el Hospital Homero Castanier Crespo, Julio- Diciembre 2021.

SEXO DE LOS PACIENTES		
	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	52	45,6
Mujer	62	54,4

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Pamela Cullacay, Nathalie Vidal.

Al analizar los datos en el programa SPSS 25 se ha podido determinar que, en cuanto a la variable de sexo, la Apendicitis Aguda se presenta con mayor frecuencia en 62 pacientes mujeres el cual se ve reflejado en un 54,4 % del total de la muestra, con



una diferencia mínima de los pacientes hombres que tienen una frecuencia de 52 casos y un porcentaje de 45,6 % del total de la muestra.

Tabla N.2 Descripción de la variable de Edad de 114 pacientes pediátricos de 5 a 10 años con Apendicitis Aguda atendidos en el Hospital Homero Castanier Crespo, Julio- Diciembre 2021.

EDAD DE LOS PACIENTES		
	Frecuencia	Porcentaje
5 a 7 años	42	36,8
8 a 10 años	72	63,2
TOTAL	114	100%

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Pamela Cullacay, Nathalie Vidal.

La Apendicitis Aguda se presenta con mayor frecuencia en los pacientes pediátricos que se encuentran dentro del rango de edad de 8 a 10 años con 72 casos del total de la muestra estudiada representando así un 63,2 %. Mientras que los pacientes pediátricos entre la edad de 5 a 7 años tienen una menor frecuencia de 42 casos, mismos que se ven reflejados en un 36,8%.

Tabla N.3 Descripción de la variable del Lugar de Residencia de 114 pacientes pediátricos de 5 a 10 años con Apendicitis Aguda atendidos en el Hospital Homero Castanier Crespo, Julio- Diciembre 2021.

LUGAR DE RESIDENCIA		
	Frecuencia	Porcentaje
Zona Urbana	60	52,6
Zona Rural	54	47,4
TOTAL	114	100%

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Pamela Cullacay, Nathalie Vidal.



El lugar de residencia más destacado de los pacientes pediátricos que han presentado Apendicitis Aguda ha sido la zona urbana con una frecuencia de 60 y un porcentaje de 52,6% del total de la muestra estudiada. Por otro lado, la zona rural presenta 54 casos con un 47,4% marcando una mínima diferencia.

Tabla N.4 Descripción de la variable del Peso, Talla, IMC de 114 pacientes pediátricos de 5 a 10 años con Apendicitis Aguda atendidos en el Hospital Homero Castanier Crespo, Julio- Diciembre 2021

VARIABLE	N	V.MÍNIMO	V.MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN
Peso de los pacientes	114	14,7	49,9	27,200	7,2701
Talla de los pacientes	114	108	157	125,51	11,265
IMC	114	10,1	25,4	17,043	2,4952

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Pamela Cullacay, Nathalie Vidal.

Luego del respectivo análisis estadístico de los pacientes pediátricos con AA se ha podido establecer que el peso se encuentra en $27,20 \pm 7,27$. En cuanto a la talla se refleja con un $125,51 \pm 11,26$. Finalmente el IMC tiene un $17,04 \pm 2,49$.

Tabla N.5 Descripción de la variable del Estado Nutricional de 114 pacientes pediátricos de 5 a 10 años con Apendicitis Aguda atendidos en el Hospital Homero Castanier Crespo, Julio- Diciembre 2021.

ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso < 13.3	3	2,6
Peso normal 13.3 a 18	33	28,6
Sobrepeso 18 a 20.4	12	10,5
Obesidad > 20.4	4	3,5
ESTADO NUTRICIONAL DE LA NIÑA		
Bajo peso <12.7	2	1,8



Peso normal 12.7 a 17.4	38	33,3
Sobrepeso 17.4 a 19.7	15	13,2
Obesidad > 19.7	7	6,1
TOTAL	114	100%

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Pamela Cullacay, Nathalie Vidal.

El estado nutricional que más sobresale en pacientes pediátricos con Apendicitis Aguda tanto en niños como niñas es el peso normal con 33 y 38 casos respectivamente, acompañados de un 28,6 % en niños y 33,3% en niñas. En segundo lugar, se encuentra el sobrepeso con 12 pacientes niños y 15 pacientes niñas simbolizando un 10,5% y un 13,2% del total de la muestra. En tercer lugar, se localiza la obesidad con 4 niños y 7 niñas con un porcentaje de 3,5% y 6,1 %. Finalmente, se ubica el estado nutricional de bajo peso con una frecuencia de 3 y 2 casos en pacientes niños y niñas con un porcentaje respectivo de 2,6% y 1,8%.

Tabla N.6 Descripción de la variable de las Manifestaciones Clínicas de 114 pacientes pediátricos de 5 a 10 años con Apendicitis Aguda atendidos en el Hospital Homero Castanier Crespo, Julio- Diciembre 2021.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS		
	Frecuencia	Porcentaje
Dolor en la fosa iliaca derecha	71	22,9
Dolor en región peri umbilical	43	13,9
Nauseas	64	20,6
Vómito	68	21,9
Diarrea	11	3,5
Fiebre de 37.5 a 38.5 °C	36	11,6
Agitación	3	1,0
Bajo peso o anorexia	13	4,2



Distorsión del sueño	1	0,3
TOTAL	114	100%

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Pamela Cullacay, Nathalie Vidal.

Luego de analizar los datos se ha podido determinar que la manifestación clínica más sobresaliente en los pacientes pediátricos con Apendicitis Aguda es el Dolor en la fosa iliaca derecha ya que tiene una frecuencia de 71 y un porcentaje de 22,9%. Luego está el Vómito que se da en 68 casos con un 21,9%. En tercer lugar, con una mínima diferencia de 64 pacientes y 20,6% se ubica las Náuseas. Continuando está el Dolor en la región peri umbilical ya que marca 43 casos y su porcentaje de 13,9%. Posteriormente encontramos la Fiebre de 37.5 a 38.5 °C con 36 y un 11,6%. Después se ubica el Bajo peso o anorexia con 13 casos y 4,2%. Seguidamente esta la Diarrea con una frecuencia de 11 y un 3,5%. Con 3 casos y 1,0 está la Agitación. Finalmente, con una mínima frecuencia se ubica la Distorsión del sueño que se presenta en 1 caso que es el 0,3% del total de la muestra.

Tabla N.7 Descripción de la variable del Tiempo de evolución de 114 pacientes pediátricos de 5 a 10 años con Apendicitis Aguda atendidos en el Hospital Homero Castanier Crespo, Julio- Diciembre 2021.

VARIABLE	N	V.MÍNIMO	V.MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN
Tiempo de evolución	114	1	3	1,27	0,614

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Pamela Cullacay, Nathalie Vidal.

Al analizar los datos se evidencia que el tiempo de evolución de la Apendicitis Aguda en los pacientes pediátricos se muestra con un promedio de $1,27 \pm 0,61$.

Tabla N.8 Descripción de la variable del Estrategias de diagnóstico de 114 pacientes pediátricos de 5 a 10 años con Apendicitis Aguda atendidos en el Hospital Homero Castanier Crespo, Julio- Diciembre 2021.



ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO		
	Frecuencia	Porcentaje
Valoración física	114	37,0
Pruebas de laboratorio	114	37,0
Ecografía	80	26,0
Tomografía computarizada	0	0
TOTAL	114	100%

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Pamela Cullacay, Nathalie Vidal.

En base al estudio realizado se determina que las estrategias de diagnósticos más empleadas para la identificación de la Apendicitis Aguda en pacientes pediátricos son la Valoración física y las pruebas de laboratorio con una frecuencia de 114 y un porcentaje de 37,0% del total de los casos. Además, la ecografía se emplea con una mínima diferencia de 80 casos acompañado de un porcentaje del 26%. Sin embargo, en esta investigación en ninguno de los pacientes se ha podido identificar el uso de la tomografía computarizada.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

Como es de conocimiento la Apendicitis Aguda es considerada como una enfermedad de carácter inflamatorio que involucra principalmente al apéndice cecal, pues aquella patología representa una de las causas más frecuentes de intervención quirúrgica en los pacientes de edad pediátrica. En cuanto a la presentación de las manifestaciones clínicas en estos pacientes se ven involucrados varios factores de carácter relevante como la edad, sexo, lugar de residencia, el tiempo de evolución del cuadro clínico evidente. Así mismo las estrategias de diagnóstico más empleadas en la determinación de la enfermedad varían dependiendo de la sospecha clínica y valoración previamente realizada por el personal de salud³².

Por lo tanto, en el presente estudio realizado se involucran a pacientes pediátricos de 5 a 10 años de edad, en donde luego del respectivo y amplio análisis se ha podido evidenciar que la patología anteriormente mencionada se presenta con mayor frecuencia en las mujeres de 8 a 10 años de edad marcando un porcentaje de 54,4%.



a comparación del artículo de Apendicitis Aguda realizado por Soler Ramírez en el año 2020 cuyo resultado indica que las pacientes mujeres de 5 a 10 años representan un 46% mientras que los hombres tienen un mayor porcentaje siendo el mismo de 54%^{33- 34}. De igual manera, en un artículo realizado por Jorge Sisalima en la Ciudad de Cuenca da como resultado que la Apendicitis Aguda tiene un predominio en los pacientes pediátricos hombres de 5 a 9 años de edad reflejando un 54,8% mientras que en las mujeres se presenta un 47,2%³⁵.

Según el artículo realizado por Sergio González y publicado en el año 2020 por la Revista Cubana de Pediatría da como resultado que los habitantes de la zona rural no tienden a presentar Apendicitis Aguda con mayor frecuencia³⁶, de igual manera en nuestro estudio se evidencia que los habitantes de la zona rural no presentan en un nivel alto dicha patología indicando así que la mayoría de los casos forman parte aquellos pacientes que pertenecen a la zona urbana, dicha información coincide con los resultados del artículo de Jorge Sisalima desarrollado en la Ciudad de Cuenca que establece que la mayoría de los pacientes pediátricos con Apendicitis Aguda son pertenecientes a la zona urbana³⁵.

De acuerdo a los resultados de nuestra investigación el estado nutricional de los pacientes pediátricos varía dependiendo del sexo, es así que en los niños predomina el peso normal con un porcentaje de 28,6%, seguido de sobrepeso que corresponde a un 10,5%, obesidad con un 3,5% y finalmente bajo peso con un 2,6%. En el caso de las pacientes pediátricas mujeres se refleja un 33,3% de peso normal, seguido de sobrepeso con un 13,2%, luego obesidad con un porcentaje de 6,1 % y por último bajo peso con 1,8% del total de la muestra estudiada.

Por otra parte, en el artículo realizado por Cárdenas en el año 2016 y sus colaboradores establece que el estado nutricional de los hombres y mujeres se encuentra reflejado con un predominio de peso normal cuyo valor es de 82,6%, seguido de bajo peso y obesidad con un porcentaje del 7,6% y finalmente obesidad con un 2,3% del total de la muestra estudiada³⁷. Mientras que en base al artículo de Alejandra Alcántar publicado en el año 2018 referente al estado nutricional de pacientes pediátricos con Apendicitis Aguda tanto hombres como mujeres se ha podido determinar que la mayoría de ellos se encuentran con un peso normal ya que



su porcentaje es de 56,5%, seguido de obesidad con un 24,1% y por último se encuentra sobrepeso con un porcentaje del 19,4%³⁸.

En lo que corresponde a las manifestaciones clínicas dentro de nuestra investigación se indica claramente que los principales signos y síntomas son el dolor en la fosa iliaca derecha con 22,9%, seguido se presenta el vómito con 21,9%, náuseas con 20,6%, también el dolor en la región peri umbilical con un 13,9%, fiebre de 37.5 a 38.5 °C con 11,6%, luego se encuentra el bajo peso o anorexia con 4,2%, diarrea con 3,5%, agitación con 1,0% y finalmente la distorsión del sueño con 0,3% en referencia a los pacientes que forman parte de la muestra estudiada.

En comparación con el artículo desarrollado en el año 2021 en España por Bonilla y sus colaboradores en el cual se indica de manera importante que la presencia de dolor en la fosa iliaca derecha se ve reflejada en un 41% mayoritariamente, vómitos 34%, anorexia 32% y de menor frecuencia la fiebre con un 12%³⁹. Por otro lado, tenemos al artículo publicado por la Revista Chilena de Pediatría y realizado por David Aguilar en donde demuestra que el dolor abdominal junto con el vómito se presentan en un 100%, náusea y fiebre con un 90% y anorexia 80% del total de pacientes estudiados⁴⁰.

Por otro lado, al hablar del tiempo de evolución de la patología dentro del estudio se utilizaron las opciones de 24 horas, 36 horas, > o = 1 día, luego del análisis se puede demostrar que en los pacientes de edad pediátrica el tiempo de evolución se presenta en una media de 1,27 y una desviación estándar de $\pm 0,61$, al relacionarlo con el artículo de Soler Ramírez aquí se conoce que la media es de 7 y la desviación estándar de ± 7 ³³.

Según el artículo de Nikolaos Portalis publicado por la Revista Salud y Ciencia en el 2015 evidencia que dentro de las estrategias de diagnóstico la valoración física es la más empleada ya que representa un 42%⁴¹. Por otro lado en el artículo de Soler Ramírez se ha empleado como estrategias de diagnóstico principalmente ecografía abdominal con un 97% y las pruebas de laboratorio que se representan con un 95,5% para la determinación de la patología³³.

En referencia a las estrategias de diagnóstico del estudio realizado se ha identificado que las técnicas más empleadas para la identificación o confirmación del diagnóstico



de la Apendicitis Aguda en los pacientes pediátricos de 5 a 10 años son la valoración física y las pruebas de laboratorio que caracterizan un 37%, seguida de estas se encuentra la ecografía abdominal con un 26% referente al total de la muestra estudiada. En cuanto a la tomografía computarizada no se pudo identificar el empleo de la misma en los pacientes estudiados.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- Luego de la realización del presente estudio se pudo determinar que la Apendicitis Aguda se presenta con mayor porcentaje en los pacientes pediátricos mujeres de 8 a 10 años de edad que acudieron al Hospital Homero Castanier Crespo en el periodo Julio – Diciembre 2021, también se pudo evidenciar que la mayor parte de los pacientes pediátricos son habitantes de la zona urbana.
- En lo correspondiente al estado nutricional de los pacientes pediátricos de 5 a 10 años que formaron parte del estudio hablando tanto hombres como mujeres, en donde luego de llenar y graficar cada una de las curvas de crecimiento en los formularios 028 A3/09 y 028 A4/09 respectivamente, aquí se destaca la presencia de carácter mayoritario del peso normal ya que predomina en los mismos con un mayor porcentaje a diferencia de los demás estados nutricionales debido a que le sigue el sobrepeso, obesidad y por último bajo peso.



- ✚ El dolor en la fosa iliaca, el vomito y las náuseas son las manifestaciones clínicas que mas se destacan en los pacientes pediátricos de 5 a 10 años de edad que acudieron al Hospital Homero Castanier Crespo con Apendicitis Aguda debido a que se presentan en un alto porcentaje en la mayoría de los mismos. Además, al hablar del tiempo de evolución de la patología se puede determinar que se presenta en un $1,27 \pm 0,61$.
- ✚ Las estrategias de diagnóstico más empleadas dentro del Hospital Homero Castanier Crespo por los profesionales de la salud a lo largo del proceso de identificación y confirmación de la patología en los pacientes pediátricos de 5 a 10 años son la valoración física, pruebas de laboratorio y la ecografía abdominal.

RECOMENDACIONES

- ✚ Es recomendable que durante el proceso de atención a los pacientes pediátricos se preste una mayor importancia por parte de los profesionales de la salud al momento de la valoración física para poder reconocer y diferenciar correctamente las manifestaciones clínicas que presentan los mismos y con ello brindar atención oportuna evitando retrasar o confundir el diagnóstico de la patología para de esta manera prevenir la aparición de complicaciones o apendicetomías en blanco, ya que todo esto puede alterar el estado del paciente e incluso presentarse la muerte del mismo. Además, al desarrollarse una atención de calidad y oportuna también podría evitarse el aumento de la tasa de mortalidad infantil.
- ✚ Se recomienda que el personal de salud que se encarga de brindar atención de dichos pacientes fortalezca sus conocimientos con información actualizada y fundamentada para adaptarse oportunamente a cualquier circunstancia dependiendo del lugar en el que se encuentren laborando ya sea una zona rural o urbana, ya que ambas tienen respectivamente facilidades y limitaciones en cuanto a la atención directa.



- ✚ Se recomienda que se incentive a los futuros profesionales de la salud a la realización de nuevas investigaciones relacionada con el tema de la Apendicitis Aguda para de esta manera actualizar la información y sobretodo conocer cuáles son las manifestaciones clínicas y estrategias de diagnóstico más relevantes de acuerdo al avance de la tecnología y ciencia en los pacientes de edad pediátrica ya que de esta manera se podría enriquecer el conocimiento y mejorar la atención.

CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cumbe JCO, Castro PEA, Torres AGR, Vintimilla SHG, Molina JMP, Verdugo MPV, et al. Características clínicas de los pacientes apendicectomizados del Hospital Homero Castanier Crespo, Ecuador. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2019;38(6):734-6.
2. Prada Arias M, Salgado Barreira A, Montero Sánchez M, Fernández Eire P, García Saavedra S, Gómez Veiras J, et al. Apendicitis versus dolor abdominal agudo inespecífico: evaluación del Pediatric Appendicitis Score. Anales de Pediatría. 2018;88(1):32-8.
3. Rodríguez Moncada R, López Díaz JÁ, Carrillo Acosta A. Infarto omental en el transcurso de una apendicitis aguda. Medicina Clínica. 2018;151(7):e39-40.
4. Podevin G. Apendicitis y peritonitis apendicular en el niño. EMC - Pediatría. 2017;49(1):1-6.
5. Abellán I, Ibañez N, Vergel R, Rondeau MB, González P. Apendicitis aguda causada por cuerpo extraño. Cirugía Española. 2019;97(6):347-8.



6. Castillo-González A, Ramírez-Ramírez MM, Solís-Téllez H, Ramírez-Wiella-Schwuchow G, Maldonado-Vázquez MA. Apendicitis aguda en un paciente con malrotación intestinal. *Revista de Gastroenterología de México*. 2018;83(3):356-8.
7. Velayos M, Muñoz-Serrano AJ, Estefanía-Fernández K, Sarmiento Caldas MC, Moratilla Lapeña L, López-Santamaría M, et al. Influencia de la pandemia por coronavirus 2 (SARS-Cov-2) en la apendicitis aguda. *Anales de Pediatría*. 2020;93(2):118-22.
8. Rodríguez García S, Becerra Velásquez M, Rueda Acevedo SA. Validación de un programa electrónico de historia clínica que orienta el estudio de la apendicitis aguda en pediatría. *Pediatría*. 2016;49(1):8-16.
9. Perlata VA, Llamas R de la P, Ángel JMR. Protocolo diagnóstico y terapéutico del dolor agudo en fosa ilíaca derecha. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2019;12(87):5126-8.
10. Pereira Juliá A, Domingo Serrano F, Sánchez Ruiz S. Atención al paciente urgente. Urgencias abdominales. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2019;12(87):5089-99.
11. Arroyo-Rangel C, Limón IO, Vera ÁG, Guardiola PM, Sánchez-Valdivieso EA. Sensibilidad, especificidad y fiabilidad de la escala RIPASA en el diagnóstico de apendicitis aguda en relación con la escala de Alvarado. *Cirugía Española*. 2018;96(3):149-54.
12. Coca Robinot D, Liébana de Rojas C, Aguirre Pascual E. Urgencias abdominales en pediatría. *Radiología*. 2016;58:80-91.
13. Gómez CM, Marín AS, Rodríguez BB. Presentación atípica de apendicitis aguda. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2016;23(3):e46.
14. Fernández-Ibieta M, Marijuán-Sauquillo V, Ramírez-Piqueras M, Argumosa-Salazar Y, Hernández-Anselmi E. Apendicitis en lactantes. Casuística de 25 años. *Anales de Pediatría*. 2016;85(4):211-2.



15. Alejandro Villalobos C, Fernández-SanMillán D, López-Tomassetti Fernández E, Hernández Hernández JR. Apendicitis aguda por parasitosis. *Cirugía Española*. 2018;96(5):306-8.
16. Pariente A, Bonnefoy O. Enfermedades del apéndice. *EMC - Tratado de Medicina*. 2014;18(2):1-5.
17. Abiuso N, Santelices JL, Quezada R. MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIA. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2017;28(2):248-60.
18. García-Amador C, Arteaga Peralta V, de la Plaza Llamas R, Torralba M, Medina Velasco A, Ramia JM. Valoración de parámetros clínicos y analíticos preoperatorios en apendicitis aguda complicada. Score para predecir apendicitis complicada. *Cirugía Española*. 2020;
19. Beltrán S. MA, Häberle O. F. Obstrucción intestinal en pacientes con apendicitis. *Revista Chilena de Cirugía*. 2017;69(4):302-9.
20. Díaz-Barrientos CZ, Aquino-González A, Heredia-Montaña M, Navarro-Tovar F, Pineda-Espinosa MA, Espinosa de Santillana IA. Escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda: comparación con la escala de Alvarado modificada. *Revista de Gastroenterología de México*. 2018;83(2):112-6.
21. Poggio GA, Mariano J, Gopar LA, Ucar ME. La ecografía primero: ¿Por qué, cómo y cuándo? *Revista Argentina de Radiología*. 2017;81(3):192-203.
22. González-Moreno IM, Plasencia-Martínez JM, Blanco-Barrio A, Moreno-Pastor A. Ante la sospecha de abdomen agudo, ¿es necesario el contraste oral positivo en la tomografía computarizada? *Radiología*. 2019;61(2):161-6.
23. Montiel-Jarquín ÁJ, Ramírez-Sánchez C, García-Cano E, González-Hernández N, Rodríguez-Pérez F, Alvarado-Ortega I. Apendicitis crónica ocasionada por fecalitos múltiples. Reporte de un caso. *Cirugía y Cirujanos*. 2017;85:99-102.



24. Osuna-Ramos JF, Silva-Gracia C, Maya-Vacio GJ, Romero-Utrilla A, Ríos-Burgueño ER, Velarde-Félix JS. Coexistencia de apendicitis aguda y fiebre por dengue: informe de un caso. *Cirugía y Cirujanos*. 2017;85:44-8.
25. Pérez-Rubio Á, Sebastián Tomás JC, Navarro-Martínez S, González Guardiola P, Torrecillas Meroño DG, Domingo del Pozo C. Incidencia de la patología abdominal quirúrgica urgente durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Cirugía Española*. 2020;
26. Bahena-Aponte JA, González-Contreras Q, Tepeyac A. Complicaciones graves de apendicitis aguda con abordaje laparoscópico. *Revista de Gastroenterología de México*. 2017;82(2):186-9.
27. Reoyo Pascual JF, León Miranda R, Cartón Hernández C, Alonso Alonso E, Martínez Castro RM, Sánchez Manuel J. Apendicectomía laparoscópica por sistema «glove port»: nuestros primeros 100 casos. *Revista Chilena de Cirugía*. 2017;69(6):467-71.
28. Feitoza JA, Endo E, Invitti HL, Luz AM, Trotta AC, Vieira AHBG, et al. DIAGNÓSTICO DE TUMOR CARCINÓIDE EM PACIENTE SUBMETIDO A APENDICECTOMIA. A IMPORTÂNCIA DO ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO. *Journal of Coloproctology*. 2018;38:111-2.
29. Vacher B. Apendicectomía laparoscópica en adultos para el tratamiento de la apendicitis aguda. *EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo*. 2016;32(4):1-10.
30. Martínez Carrilero J. Seguridad y eficacia de la antibioterapia en comparación con la apendicectomía en el tratamiento de la apendicitis aguda no complicada. *Revista Clínica Española*. 2012;212(9):460.
31. Sanchez X. Protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña. Ministerio de Salud Pública; 2011.
32. Angelo L, Bravo K. Apendicectomía laparoscópica vs. abierta en pediatría, análisis de complicaciones. *Revista Pediatría*. 2019;52(2):31-7.



33. Soler Ramírez AM, Estrada Cano DC, Sanchez JP, Chacón SZ, Arjona JS, Salamanca E, et al. Experiencia en la atención de pacientes menores de 16 años con apendicitis aguda en el Hospital Universitario San Ignacio entre los años 2014 y 2019. *Univ Med.* 2020;61(2).
34. González MJA, Coronel KJA, Neira FMC. Apendicitis aguda en niños, Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca 2012-2016. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.* 2019;37(3):29-35.
35. Sisalima Ortiz JL. Prevalencia de apendicitis complicada y factores asociados, en el servicio de cirugía pediátrica de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. mayo 2018 -abril 2019. *Universidad de Cuenca.* 2020;48.
36. González López SL, González Dalmau LP, Quintero Delgado Z, Rodríguez Núñez BR, Ponce Rodríguez Y, Fonseca Romero BE, et al. Apendicitis aguda en el niño: guía de práctica clínica. *Revista Cubana de Pediatría.* 2020;92(4).
37. Cárdenas Bueno JA. Incidencia y factores asociados a apendicitis perforada en menores de 16 años. Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2014. *Universidad de Cuenca.* 2016;56.
38. Alcántar Urbano A. Asociación entre sobrepeso/obesidad y apendicitis perforada en una población pediátrica de 5 a 16 años en el periodo enero 2016 -julio 2017. *Universidad Autónoma de Baja California.* 2018;59.
39. 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. *Anales de Pediatría.* 2021;94(4):245-51.
40. Aguilar-Andino D, Licona Rivera TS, Osejo Quan JA, Carranza Linares RJ, Molina Soto MA, Alas-Pineda C. Apendicitis aguda complicada en pacientes pediátricos con antecedentes de “empacho” y manipulación abdominal: Serie de casos. *Andes pediátrica.* 2021;92(1):86-92.
41. Partalis N, Sakellaris G, Dimopoulou D. Apendicitis aguda en niños de edad preescolar. *Salud y Ciencia.* 2015; 21:284-93.



UNIVERSIDAD DE CUENCA



CAPÍTULO IX

ANEXOS

Anexo N° 1: Operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Es un factor que está determinado por naturaleza por las características biológicas, físicas externas de hombre o mujer, es inmutable, es decir no se cambia porque es una cualidad biológica.	Fenotipo	Hombre Mujer	Nominal Si No
Edad	Es el tiempo que transcurre desde el momento que nace la persona hasta el momento que se calcula o hasta la fecha en que fallece en caso de presentarse y suele darse en cantidad de	Tiempo transcurrido	Años	Numérica 5 – 7 años 8 – 10 años



	números enteros de años o incluyendo los meses.			
Estado nutricional	Se considera a al estado físico que se encuentra una persona, de acuerdo al equilibrio entre sus necesidades y consumo energético y nutrientes y se clasifica en múltiples grados.	Relación pondo-estatural	-Peso -Talla -Edad -Índice de masa corporal (IMC: Kg/m ²)	Ordinal NIÑOS -Bajo peso < 13.3 -Peso Normal de 13.3 a 18 -Sobrepeso de 18 a 20.4 -Obesidad > 20.4 NIÑAS -Bajo peso < 12.7 -Peso Normal de 12.7 a 17.4 -Sobrepeso de 17.4 a 19.7 -Obesidad > 19.7
Lugar de Residencia	Hace referencia al lugar en donde vive una persona de manera permanente o donde se ha	Lugar o zona de vivienda.	-Zona Urbana -Zona Rural	Nominal Si No



	establecido por un periodo de tiempo determinado.			
Manifestaciones clínicas	Se refiere al conjunto de signos y síntomas que una persona presenta al tener alguna enfermedad.	Signos y síntomas	-Dolor en fosa ilíaca derecha -Dolor en región peri umbilical -Nauseas -Vómito -Diarrea -Fiebre entre 37,5 a 38,5 °C -Bajo peso o anorexia -Agitación -Distorsión del sueño	Nominal Si No
Tiempo de evolución	Se considera al tiempo que transcurre desde que se diagnostica la enfermedad o comienzo de tratamiento hasta que hay complicaciones o se dispersa por el resto del cuerpo.	Tiempo transcurrido	Horas y Días	Numérico -24 horas -36 horas -> o = 1 día.



Estrategias de diagnóstico de la apendicitis aguda.	Métodos que son imprescindibles durante la atención del paciente para poder establecer el diagnóstico certero de una determinada enfermedad.	Métodos de diagnóstico	-Valoración física. -Prueba de laboratorio. -Ecografía abdominal. -Tomografía computarizada.	Nominal -Si -No
---	--	------------------------	---	------------------------------



Anexo N° 2: Formulario para la recolección de información.

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA				
Formulario para la recolección de información y datos de la investigación de Manifestaciones Clínicas y Estrategias de Diagnóstico de la Apendicitis Aguda en Pacientes Pediátricos de 5 a 10 Años del Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues, Julio- Diciembre 2021.				
<u>Datos de información general</u>				
Numero de paciente:				
Edad (cumplida):				
Sexo:	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer			
Lugar de Residencia:	<input type="radio"/> Zona Urbana <input type="radio"/> Zona Rural			
<u>Medidas Antropométricas</u>				
Peso (Kg):		Talla (cm):		Índice de masa corporal IMC(Kg/m²):
Estado Nutricional:	<input type="radio"/> Bajo peso <input type="radio"/> Peso Normal		<input type="radio"/> Sobrepeso <input type="radio"/> Obesidad	
<u>Datos Clínicos</u>				
¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas ha presentado?				
<input type="radio"/> Dolor en fosa ilíaca derecha	<input type="radio"/> Dolor región umbilical	<input type="radio"/> Dolor región peri umbilical	<input type="radio"/> Nauseas	
<input type="radio"/> Vómito	<input type="radio"/> Diarrea	<input type="radio"/> Fiebre entre 37,5 a 38,5 °C.		
<input type="radio"/> Agitación	<input type="radio"/> Bajo peso o anorexia	<input type="radio"/> Distorsión del sueño		
Tiempo de Evolución:	<input type="radio"/> 24 horas	<input type="radio"/> 36 horas	<input type="radio"/> > 0 = 1 día.	
<u>Metodología Diagnóstica:</u>				



Estrategias	de	<input type="radio"/> Valoración física	<input type="radio"/> Ecografía abdominal
Diagnóstico:		<input type="radio"/> Prueba de laboratorio	<input type="radio"/> Tomografía computarizada