



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**PREVALENCIA DE LAS EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS PEDIÁTRICAS
MÁS FRECUENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NAVAL DE
GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO 2012-2016.**

AUTOR (ES):

**MACÍAS TRIVIÑO, ANDREA NICOLE
MOREJÓN NÚÑEZ, LUIS EDUARDO**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

DR. MAWYIN MUÑOZ, CARLOS ENRIQUE

**Guayaquil, Ecuador
16 de Septiembre del 2019**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDCIAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Macías Triviño, Andrea Nicole y Morejón Núñez, Luis Eduardo** como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR (A)

f. _____
Dr. Mawyin Muñoz, Carlos Enrique

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, a los 16 días del mes de Septiembre del año 2019.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Macías Triviño, Andrea Nicole**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de las emergencias quirúrgicas pediátricas más frecuentes atendidas en el Hospital naval de Guayaquil durante el periodo 2012-2016**, previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 16 días del mes de Septiembre del año 2019

EL AUTOR (A)

f. _____
Macías Triviño, Andrea Nicole



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Morejón Núñez, Luis Eduardo**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de las emergencias quirúrgicas pediátricas más frecuentes atendidas en el Hospital naval de Guayaquil durante el periodo 2012-2016**, previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 16 días del mes de Septiembre del año 2019

EL AUTOR (A)

f. _____
Morejón Núñez, Luis Eduardo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Macías Triviño, Andrea Nicole**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de las emergencias quirúrgicas pediátricas más frecuentes atendidas en el Hospital naval de Guayaquil durante el periodo 2012-2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 16 días del mes de Septiembre del año 2019

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Macías Triviño, Andrea Nicole



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Morejón Núñez, Luis Eduardo**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de las emergencias quirúrgicas pediátricas más frecuentes atendidas en el Hospital naval de Guayaquil durante el periodo 2012-2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 16 días del mes de Septiembre del año 2019

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____

Morejón Núñez, Luis Eduardo

CERTIFICADO DE URKUND

Macías Triviño, Andrea Nicole y Morejón Núñez, Luis Eduardo



Urkund Analysis Result

Analysed Document:	MARCO TEÓRICO.docx (D55043564)
Submitted:	8/27/2019 6:12:00 AM
Submitted By:	luis_morejon@hotmail.com
Significance:	0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

AGRADECIMIENTO

A nuestros padres y hermanos, por el apoyo incondicional, sacrificio y amor.
A nuestros profesores, por todas sus enseñanzas a lo largo de la carrera.
A nuestra tutora por sus consejos y apoyo.
A nuestros amigos por acompañarnos en este camino universitario.

**MACÍAS TRIVIÑO, ANDREA NICOLE
MOREJÓN NÚÑEZ, LUIS EDUARDO**

DEDICATORIA

A mi padres, Rosa Triviño y Ramon Macias por ser mi ejemplo de constancia y dedicación por ser mi fortaleza e inspiración diaria por su confianza , amor ,por todos sus esfuerzos y sacrificios .Por haberme dado educación, un hogar donde crecer, equivocarme ,desarrollarme ,por su dedicación y paciencia infinita .
A mi hermana Grace Vanessa por estar siempre a mi lado a pesar de la distancia por apoyarme por aconsejarme por siempre escucharme y por ser mi complice.

MACÍAS TRIVIÑO, ANDREA NICOLE

A mi papá César Morejón Monar, quien diariamente me motivó a esforzarme, ser trabajador, ser dedicado a mis estudios y tener la voluntad de aprender y ser mejor, siempre manteniendo la humildad.
A mi mamá, Ubalina Núñez Méndez, quien con mucho amor, paciencia y abnegación estuvo pendiente en cada minuto y evitó cada caída.
A mi hermano César Morejón, y a mi cuñada, Gladys Espinoza quienes siempre han estado apoyándome durante todos estos años de estudio, aconsejándome en todos los momentos durante mi preparación.
Al Hospital Naval de Guayaquil, por abrirme sus puertas y darme la mejor experiencia en este año de internado.
A mis docentes que pudieron enseñarme y formarme en mi vida profesional.
Y a mi novia, Nicole Macias, que ha sido una pieza fundamental en estos últimos años de la Carrera llegando a ser un complemento que me impulsa a alcanzar mis metas y me saca lo mejor de mí.

MOREJÓN NÚÑEZ, LUIS EDUARDO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
DR. CARLOS ENRIQUE MAWYIN MUÑOZ
TUTOR

f. _____
DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ, MGS.
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
Dr. Ayon Genkuong, Andrés Mauricio
COORDINADOR DEL ÁREA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
DR. CRISTIAN ELIAS
DOCENTE

f. _____
DR. GLORIA VERA
DOCENTE

f. _____
Dr. Ayon Genkuong, Andrés Mauricio
COORDINADOR DEL ÁREA

Contenido

INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEORICO.....	3
1. CAPÍTULO 1: DOLOR ABDOMINAL AGUDO PEDIÁTRICO.....	3
1.1 Definición.....	3
1.2 Etiología.....	3
1.3 Diagnóstico.....	4
1.4 Exploración física	5
1.5 Exámenes complementarios	6
1.6 Tratamiento inicial del paciente con DAA.....	6
CAPÍTULO 2 DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES	7
2.1 Apendicitis aguda.....	7
2.2 Invaginación Intestinal	8
2.3 Colecistitis Aguda	8
2.4 Hernias.....	8
CAPITULO 3 Valoración de escala de Gravedad Quirúrgica.....	9
HIPÓTESIS	10
MATERIALES Y MÉTODOS.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos específicos	10
Diseño del estudio	11
Criterios de inclusión:.....	11
Criterios de exclusión:	11
Variables.....	11
MATERIALES Y METODOS.....	12
Estrategia de análisis estadístico:.....	12
Resultados.....	14
Tabla 1. Características demográficas de la población de estudio	15
Gráfico 1. Causas de Emergencias Quirúrgicas.	16
Tabla 2. Pruebas de Chi Cuadrado de Pearson	16
Tabla 3. Test de ANOVA de un factor.....	17

Grafico 2. Gravedad quirúrgica presentada en el área de Emergencias del Hospital Naval de Guayaquil.....	17
Pruebas T de Student.....	18
Prueba de muestra independiente.....	18
Prueba de muestras independientes.....	19
Estadístico correlacional.....	19
Gráfico 3.....	20
Discusión.....	21
Limitaciones de estudio.....	23
Conclusión y recomendaciones.....	23
BIBLIOGRAFIA:.....	25

RESUMEN

Presentamos las emergencias pediátricas quirúrgicas más frecuentes en pediatría sin incluir aquellas debidos a traumatismos son: apendicitis seguidas de fimosis. El adecuado conocimiento de estas patologías permitirá al cirujano pediatra cumplir con un mejor tratamiento a tiempo en los niños.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las emergencias pediátricas quirúrgicas más frecuentes atendidas en el HOSNAG durante el periodo 2012-2016. **Metodología:** Estudio de corte retrospectivo, observacional y analítico. Los datos se extrajeron de las historias clínicas en el sistema SIIS del Hospital Naval General de Guayaquil, periodo enero 2012 a enero 2016. La base de datos y el análisis se realizaron en el programa SPSS v22.0.

Resultados: El 65.8 % de la población estuvo constituida por hombres, la edad media fue de 7 años (con desviación estándar de ± 3.65 años); el 32.9% de los pacientes ingresó al hospital con diagnóstico de apendicitis aguda, según la escala PAS (pediatric apendicitis score), De toda la población, en el 39,5 % se encontraba en un estado de gravedad moderada de su patología, con observación y exámenes complementarios previo a la realización de su cirugía. **Conclusiones:** El presente estudio describe que se presentaron complicaciones quirúrgicas post- operatorias en un 22.8% de la población estudiada, independiente de la edad presentada, pero dependiente de la patología.

Palabras Claves: *Apendicitis, fimosis, complicaciones quirúrgicas post-operatorias, emergencias quirúrgicas pediátricas.*

ABSTRACT:

We present the most frequent pediatric surgical emergencies in pediatrics without including those due to trauma are appendicitis followed by phimosis, the adequate knowledge of these pathologies will allow the pediatric surgeon to accomplish a better treatment in time in children. **Objective:** Determine the prevalence of the most frequent pediatric surgical emergencies treated in HOSNAG during the period 2012-2016 **Methodology:** Retrospective, observational and analytical study. The Data was extracted from the medical records in the system SIIS of the Naval General Hospital of Guayaquil, period January 2012 to January 2016. The database and analysis were performed in the SPSS v22.0 program. **Results:** 65.8% of the population were boys, the average age was 7 years (with standard deviation of ± 3.65 years); 32.9% of the patients admitted to the hospital with a diagnosis of acute appendicitis, according to the PAS scale (pediatric appendicitis score). Of the entire population, 39.5% were in a state of moderate severity of their pathology, with observation and complementary exams prior to performing your surgery. **Conclusions:** The present study describes that postoperative surgical complications occurred in 22.8% of the studied population, independent of the age presented, but dependent on the pathology. **Keywords:** Appendicitis, phimosis, post-operative surgical complications, pediatric surgical emergencies.

INTRODUCCIÓN

Las emergencias quirúrgicas pediátricas son todas aquellas situaciones que pueden poner en riesgo la vida del paciente, donde existe la necesidad de utilizar exámenes diagnósticos y/o procedimientos terapéuticos oportunos para dicho caso (1). Es muy frecuente que la primera consulta se lo haga en un Centro de Salud, por ello es indispensable que el profesional de salud tenga en cuenta como diagnosticar a tiempo y de la manera más acertada el cuadro que está al frente porque de eso dependerá que el paciente sea transferido a otro establecimiento de mayor complejidad para su resolución quirúrgica definitiva

Dentro de este trabajo de investigación nos vamos a centrar en las emergencias quirúrgicas pediátricas que se presentan con mayor frecuencia en el Hospital Naval de Guayaquil, las cuales incluyen: apendicitis, fimosis, hernias, torsión testicular, colecistitis, invaginación, entre otros. (2)

Existen pruebas de imágenes que nos podrían ayudar a confirmar nuestro diagnóstico presuntivo, como la ecografía, cuya prueba es una de las técnicas iniciales y además de fácil acceso, al igual que la radiografía simple, por otro lado la TC estaría reservada para patologías abdominales con hallazgos ecográficos no concluyentes (2)

MARCO TEORICO

1. CAPÍTULO 1: DOLOR ABDOMINAL AGUDO PEDIÁTRICO

1.1 Definición

El dolor abdominal agudo (DAA) es un motivo frecuente de consulta en los pacientes pediátricos, que básicamente tiene un origen digestivo, pero que también puede tener inicio en otros órganos ajenos a la cavidad abdominal. Frecuentemente el DAA viene acompañado de muchos síntomas inespecíficos por lo que se requiere de un prolijo examen físico de parte de personal con experticia en el departamento de pediatría para poder dar un diagnóstico preciso y a su vez, un tratamiento oportuno.(3)

1.2 Etiología

Muchas son las causas de DAA, pueden producirse por una extensa cantidad de diagnósticos que deben ser diferenciados adecuadamente, ya que de eso depende su resolución que pueden ser: quirúrgicas o no quirúrgicas. Hablando de las causas quirúrgicas, la sospecha clínica de estas enfermedades dependen de la edad del paciente y de la localización del dolor en el abdomen sumado a la sintomatología acompañante.

Un ejemplo de lo dicho anteriormente, es que si estamos frente a un dolor abdominal en cuadrante inferior derecho se debe pensar entre lo más grave y frecuente como lo es la apendicitis aguda (AA) y agregar otro diagnóstico como la invaginación intestinal especialmente en niños menores de 2 años.(3)

RECIEN NACIDO	LACTANTES	2 – 12 AÑOS	ADOLESCENTES
Vólvulo	Invaginación intestinal	Apendicitis aguda	Torsión ovárica / torsión testicular
Atresia intestinal	Hernia incarcerada	Colecistitis, pancreatitis	Embarazo ectópico
Hernia diafragma	Divertículo de Meckel	Trauma abdominal	Apendicitis aguda
Tapón meconial	Torsión testicular	Peritonitis primaria	Colecistitis aguda

ETIOLOGÍA SEGÚN SU EDAD PEDIÁTRICA

1.3 Diagnóstico

La historia clínica muy minuciosa y detallada es fundamental, debido a que la sintomatología será mucho más inespecífica mientras menor es el paciente. Por ello se debe incluir entre otros datos: la edad, sexo, antecedentes personales, si presenta irritabilidad, si el paciente está muy callado, somnoliento, letárgico, respiración quejumbrosa. También preguntar si ya ha sido intervenido quirúrgicamente.(4)

Las características del dolor debe estar bien cuestionada: como fue el inicio del dolor, si es brusco pensar en invaginación y si está sumado síntomas vagales pensar en torsión ovárica o testicular. En el caso que sea un dolor intenso pero progresivo puede estar dado por un proceso inflamatorio como la apendicitis, colecistitis o pancreatitis.(5)

En cuanto a la irradiación si el dolor inicia en región periumbilical y se focaliza en la fosa ilíaca derecha es típico de la apendicitis, el dolor que se origina en región umbilical y se irradia a escápula derecha pensar que origen es en vesícula biliar y en páncreas si el dolor se va a la espalda del paciente.

Igualmente pueden existir síntomas adicionales como la fiebre que se presenta en un 64% junto al dolor abdominal. Los vómitos conjunto al dolor abdominal se puede presentar en el 42% de los casos y en ausencia de diarrea se sugiere una invaginación intestinal pero si presenta diarrea puede ser por una apendicitis, gastroenteritis o una invaginación evolucionada, donde es característico las heces en jalea de grosella que se la puede evidenciar realizando tacto rectal.(6)

1.4 Exploración física

Siempre que estemos frente a un paciente pediátrico debemos tener en mente un instrumento, que es muy sencillo y eficaz, que no necesita de ningún otro objeto sino tan solo nuestra observación minuciosa y nuestra audición llamado el Triángulo de Valoración Pediátrica. El cual evalúa la apariencia, el trabajo respiratorio y la circulación del paciente. Además de ello se debe valorar la coloración de la piel, y la turgencia de la piel. El TEP no es una herramienta que nos dará el diagnóstico más bien sabremos los requerimientos urgentes que necesite el paciente en caso de una alteración en el estado fisiológico y un desequilibrio en la homeostasis.

La exploración en niños puede ser normal al inicio del cuadro de apendicitis o invaginación.(7) A nivel abdominal se debe observar si hay distensión, asimetría, hernias, etc.

A la auscultación, escuchar los ruidos intestinales aumentados en el caso de obstrucción intestinal o disminuida en apendicitis.(8)

En cuanto a la palpación se debe localizar el sitio de mayor intensidad de dolor y comenzar lo más lejano posible, valorando así signos de irritación

peritoneal, tono muscular, signo de Murphy, etc. Si no existe dolor es muy probable que no se trate de un proceso quirúrgico.(9)

No podemos olvidarnos de la zona genital en busca de signos de torsión testicular, hernia incarcerada o himen imperforado.

1.5 Exámenes complementarios

Hemograma: leucocitosis nos orienta a cuadros infecciosos.

Electrolitos: Valorando así las pérdidas de fluidos por emesis y diarreas.

Prueba de embarazo: en adolescentes que ya han tenido su menarquia.

Amilasa y transaminasas dependiendo de la anamnesis y exploración previa, además de PCR y PCT.

Radiografía de abdomen simple: Identificar si existe dilatación de asas o niveles hidroaéreos lo cual es característico en cuadros obstructivos.

La ecografía abdominal es un estudio de relevancia ante la valoración de apendicitis, invaginación intestinal o torsión testicular, en donde el eco Doppler es de mayor apoyo.

TC de abdomen se realiza cuando la ecografía no ha aportado datos muy significativos. (3)

1.6 Tratamiento inicial del paciente con DAA

El tratamiento definitivo debe ser muy individualizado en cada paciente.

Por ello antes de obtener la causa del dolor, se deberá dejar al infante en NPO y suministrar analgésicos. (10) Existen varios estudios que mencionan que una correcta analgesia no va enmascarar el cuadro y mejor aún, favorece la exploración. En el caso de que se vaya de alta el paciente se le debe explicar muy minuciosamente los signos de alarma

que podría agravar el cuadro por lo cual deberán traer inmediatamente al infante para una revaloración completa.(3)

CAPÍTULO 2 DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES

2.1 Apendicitis aguda

Es la urgencia abdominal quirúrgica más frecuente en la edad pediátrica y con más problemas al diagnóstico por su manifestación atípica. En la clínica es raro encontrar un dolor en zona periumbilical, que posteriormente se focaliza en fosa ilíaca derecha esto más se evidencia en adultos.(10) Por ello en la exploración física se debe observar al paciente si se encuentra en una posición antiálgica, si se observan otros datos como el signo de Blumberg, signo del Psoas (apéndice retrocecal), signo del Obturador (apendicitis pélvica) y el signo de Rovsing. Entre los exámenes de laboratorio se reporta leucocitos con neutrofilia pero esto es inespecífico, no nos ayudan para orientar el diagnóstico. Valorar igualmente la PCR y VSG sugiere una AA complicada.(11) La escala PAS (Pediatric Appendicitis Score) es una escala de gran ayuda para evaluar el riesgo de padecer apendicitis.(12)

<i>Escala apendicitis pediátrica</i>	
Migration del dolor al CID	1
Anorexia	1
Naúseas y emésis	1
Dolor en CID	2
Dolor al rebote	2
Elevación temperatura (> 37,3°C)	1
Leucocitos > 10 000 / mm ³	1
Desviación a la izquierda de GB	1

Score < 2: Riesgo bajo. Alta del paciente. **Score 3-6:** Ingreso a observación y reevaluación. **Score > 7:** Riesgo alto. Interconsulta a Cirugía.(13)

2.2 Invaginación Intestinal

Es la introducción de una porción del intestino en la luz de la porción adyacente. Típico entre 6 meses a 2 años con predominio en varones y de etiología desconocida. En la clínica se puede notar un episodio de dolor abdominal brusco, con o sin vómitos, llanto, irritabilidad, sudoración, palidez, ausencia de diarrea. La exploración física es complicada por el genio del niño. Se puede palpar una “morcilla” ubicada en hemiabdomen superior derecho. No olvidarse que en el tacto rectal se puede encontrar heces en jalea de grosella, que añadido a la historia clínica y una ecografía de abdomen visualizando una imagen en donut, se confirmaría el cuadro. (13)

2.3 Colecistitis Aguda

Por lo general, suele ser inusual a edades pediátricas, ocasionada en el 50 % de los casos por litos, donde es más frecuente en pacientes con nutrición parenteral prolongada, enfermedad hemolítica, deshidratación, sepsis, obesidad, fibrosis quística, quemados o politraumatizados.(14) Se caracteriza por dolor en hipocondrio derecho que se irradia al omóplato ipsilateral, más náuseas, vómitos y fiebre.(15) Se la trata con dieta absoluta y antibióticos para posteriormente solucionar definitivamente a través de una colecistectomía. (16)

2.4 Hernias

Se producen cuando sobresale una porción del intestino a través de una zona débil de los músculos abdominales.(17) En los pacientes pediátricos existe principalmente la hernia umbilical y la hernia inguinal. (18)El

diagnóstico en el 90 % de los casos se llega con la clínica y el examen físico, palpando las hernias en la mayoría de los casos, y en los casos cuando exista duda en el diagnóstico se puede solicitar ecografías, se recomienda operar las hernias inguinales con prontitud por su rápida progresión a la estrangulación y complicación.(19)

CAPITULO 3 Valoración de escala de Gravedad Quirúrgica.

Dentro de la valoración pediátrica inicial en el área de emergencia se debe establecer si la patología presentada es una emergencia o una urgencia. Asimismo, se debe identificar a los grupos poblacionales que presenten una condición clínica cuyo manejo pueda ser previamente ambulatorio o farmacológicamente mantenido mientras se prepara un perfil óptimo quirúrgico para el paciente pediátrico. Existen diferentes escalas para valorar la gravedad quirúrgica de acuerdo a la patología presentada, de los cuales se ha analizado según el Pediatric Assesment Traingle (PAT), establecidos por Dieckman et al estableciendo las condiciones de gravedad para el manejo quirúrgico inmediato de un paciente pediátrico(20). El PAT identifica la inestabilidad fisiológica de los pacientes a través de la apariencia, trabajo respiratorio, y circulación de la piel. Esto establece la condición de atención al paciente, sea esta inmediata o no.

Se establece además el riesgo de gravedad quirúrgica según los estudios realizados por Dip et al el cual condiciona los niveles: bajo, intermedio o alto, de acuerdo a la necesidad de soporte vital previamente descrita por el PAT, el tipo de cirugía realizada, y el grado de riesgo del paciente.(21)

El grado de riesgo del paciente se evalúa en primer lugar en el tiempo previo de intervención, sean este menor a 48 horas del ingreso a la

emergencia, o pasadas ya estas 48 horas (21). Se evalúa además la edad del paciente, sean este menor a 10 años o mayor a 10 años. Cabe recalcar que los pacientes neonatos, no fueron incluidos para la valoración de gravedad quirúrgica (21). El tipo de cirugía realizada fue valorada de acuerdo a la duración de la misma, razón por la que esta variable no fue incluida en este estudio, debido a la falta de descripción de tiempos quirúrgicos en historias clínicas.

HIPÓTESIS

H1: Existe diferencia significativa entre la presentación de complicaciones quirúrgicas de los pacientes con respecto a la edad

MATERIALES Y MÉTODOS.

Objetivo General

Determinar la prevalencia de las emergencias pediátricas quirúrgicas más frecuentes atendidas en el HOSNAG durante el periodo 2012-2016.

Objetivos específicos

1. Determinar la asociación establecida entre las patologías quirúrgicas en emergencia y la gravedad de presentación de estas.
2. Identificar por grupo etario las emergencias quirúrgicas más frecuentes.
3. Establecer la relación de la escala de valoración de gravedad quirúrgica con las complicaciones postoperatorias de los pacientes.

Diseño del estudio

Estudio de corte retrospectivo, observacional y analítico. Los datos se extrajeron de las historias clínicas en el sistema SIIS del Hospital Naval General de Guayaquil, periodo enero 2012 a enero 2016. La base de datos y el análisis se realizaron en el programa SPSS v22.0.

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes pediátricos (hasta 14 años) presentados en el servicio de Emergencias del Hospital Naval de Guayaquil cuya resolución de patología presentada fue quirúrgica.
- ✓ Cuadro clínico de resolución <72 horas

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes con reingreso al servicio de Emergencia.
- ✓ Datos clínicos incompletos.
- ✓ Ausencia de valoración pediátrica postoperatoria.
- ✓ Pacientes con politraumatismos y quemaduras.
- ✓ Pacientes transferidos a otro centro hospitalario.

Variables

VARIABLE	INDICADOR	RESULTADO	TIPO
EDAD	HC	TIEMPO EN AÑOS	NUMERICO DISCRETA
SEXO	HC	MASCULINO FEMENINO	/ NOMINAL DICOTOMICA
CAUSAS	HC	APENDICITIS, HERNIAS, COLECISTITIS,	NOMINAL POLITOMICA

			ETC	
GRAVEDAD		HC	LEVE	NOMINAL
			MODERADO	POLITOMICO
			GRAVE	
RESOLUCION		HC	COMPLETO	/ NOMINAL
			INCOMPLETO	DICOTOMICO
ESTADO DEL PACIENTE ALTA		HC	VIVO / MUERTO	NOMINAL
				DICOTOMICO
COMPLICACIONES		HC	INFECCIONES	NOMINAL
			SUPERFICIALES	POLITOMICO
			DE PIEL, SEPSIS,	
			DEHISCENCIA,	
			ETC	

MATERIALES Y METODOS

Estrategia de análisis estadístico:

Estudio de corte retrospectivo, observacional y analítico. Los datos se extrajeron de las historias clínicas en el sistema clínico SIIS del Hospital Naval General de Guayaquil. El análisis estadístico se realizó con la plataforma de SPSS v23.

Se utilizó como variables demográficas el sexo y la edad. Se emplearon como variables clínico/analíticas como diagnóstico prequirúrgico, gravedad

quirúrgica, resolución clínica, estado del paciente y complicaciones postoperatorias.

La gravedad quirúrgica presentada por los pacientes pediátricos se basó mediante la condición de gravedad al ingreso, de acuerdo con el Pediatric Assessment Triangle (PAT), y la decisión del servicio de cirugía pediátrica de esta institución, en el cual incluye en su clasificación de gravedad:

- Severa: condición clínica que requiere resolución quirúrgica inmediatamente al ingreso al servicio de Emergencias, en el cual se incluya inestabilidad hemodinámica, cambios llamativos en la apariencia, insuficiencia respiratoria, shock, y disminución del nivel de conciencia.
- Moderada: patología cuya resolución fue establecida menos de las 48 horas, sin inestabilidad hemodinámica ni disminución del nivel de conciencia.
- Leve: condición clínica la cual se obtiene una resolución quirúrgica pasadas las 48 horas, se ingresa al paciente a salas de hospitalización pediátrica, y no se presentan signos ni síntomas de inestabilidad hemodinámica, disminución de nivel de conciencia, ni shock.

Las variables categóricas se representaron en frecuencia con porcentajes.

Las variables continuas serán representadas en media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartil) dependiendo de su distribución estadística.

Se utilizará pruebas de asociación de variables mediante el test de Chi-Cuadrado y, para Las variables con distribución paramétricas se empleará la prueba T de student para muestras independientes.

Se incluyó la correlación de Pearson para establecer la relación de variables cuantitativas y continuas. Los resultados estadísticos se reportaron con un intervalo de confianza al 95%. Cuando se encontró una asociación significativa, se procedió a realizar regresión logística (Odds Ratio). Por último, se decidió realizar la curva ROC para establecer el pronóstico de la escala de gravedad quirúrgica establecida en este estudio.

Resultados.

Incluimos un total de 114 pacientes pediátricos ingresados por el servicio de emergencia del Hospital Naval General de Guayaquil del enero 2012 a enero 2016, cuya resolución de la patología fue de manejo quirúrgico. Las características demográficas de los pacientes están descritas en la tabla 1. El 65.8% de la población estuvo constituida por hombres, la edad media fue de 7 años (con desviación estándar de ± 3.65 años); el 32.9% de los pacientes ingresó al hospital con diagnóstico de apendicitis aguda, según la escala PAS (pediatric appendicitis score), De toda la población, en el 39,5% se encontraba en un estado de gravedad moderada de su patología, con observación y exámenes complementarios previo a la realización de su cirugía (Gráfico 2). Se presentó infección en el sitio quirúrgico en el 4.4% de los pacientes como complicación más frecuente de las cirugías realizadas. La resolución de las patologías fue completa y no se registró mortalidad.

Tabla 1. Características demográficas de la población de estudio.

Variable	Valor
Sexo (H, %)	65.8%
Edad (años)	7 (1-13)
Gravedad (n, %)	1 (28.1%) 2 (39.5%) 3 (32.5%)
Causas (Patología, %)	1 (32.5%)
Complicaciones (Valor, %)	1 (4.4%)

Las variables dicotómicas están expresadas como porcentaje, las variables continuas de distribución normal como media \pm desviación estándar y las de distribución no paramétrica como mediana (rango intercuartil).

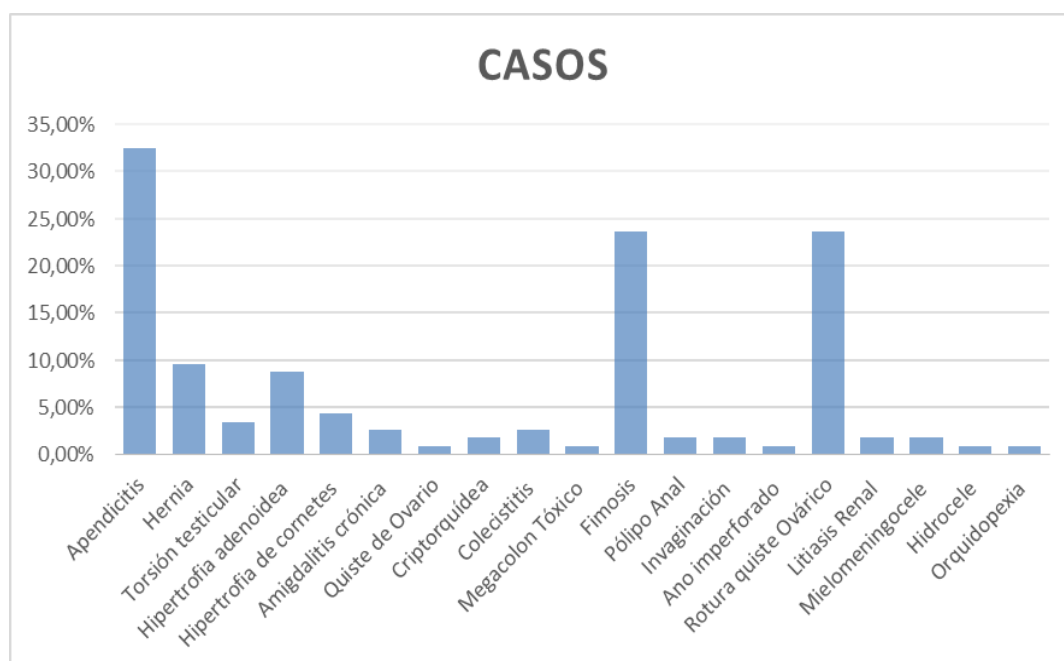


Gráfico 1. Causas de Emergencias Quirúrgicas.

Se realizó la asociación estadística entre las patologías presentadas y la gravedad que presentaba la misma, según las pruebas de Chi-Cuadrado de Pearson, encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre las mismas ($P < 0.0001$).

Tabla 2. Pruebas de Chi Cuadrado de Pearson.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63,929 ^a	34	.001
Razón de verosimilitud	71.682	34	.000
Asociación lineal por lineal	14.749	1	.000
N de casos válidos	114		

a. 48 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,28.

Además, se realizó la prueba de ANOVA de un factor para comparar los grupos poblacionales con las patologías quirúrgicas presentadas y la gravedad de estas. Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($P < 0.0001$).

Tabla 3. Test de ANOVA de un factor.

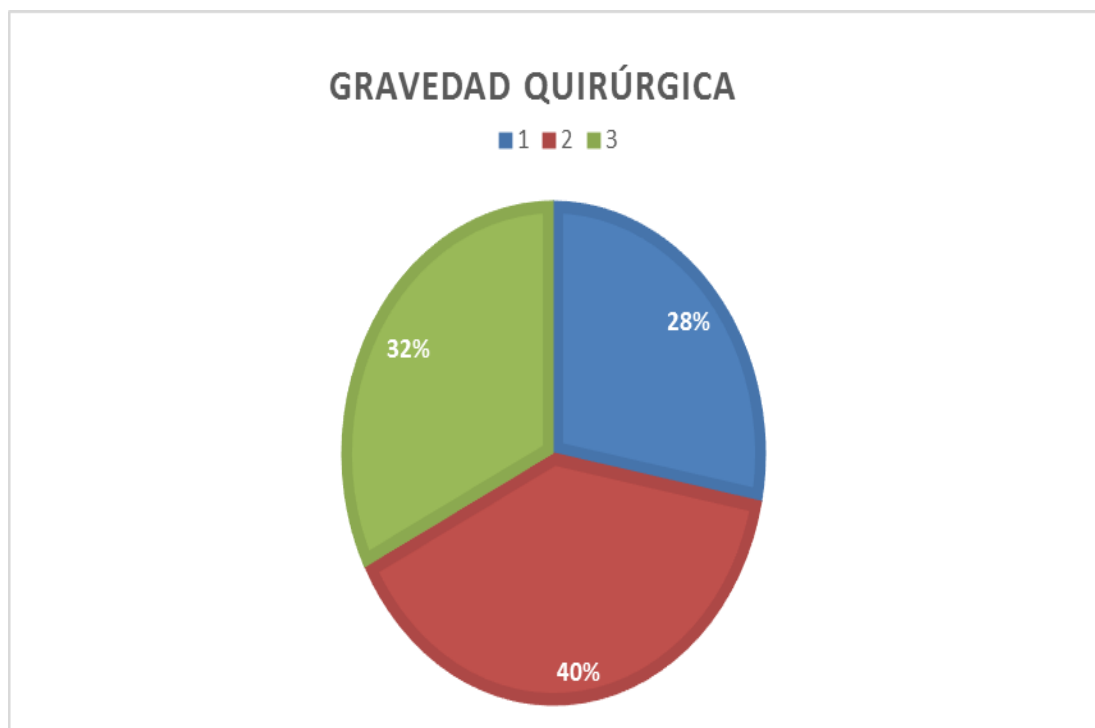
ANOVA^a

Modelo	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	350.129	1	350.129	16.812	,000 ^b
Residuo	2332.476	112	20.826		
Total	2682.605	113			

a. Variable dependiente: CAUSAS

b. Predictores: (Constante), GRAVEDAD

Grafico 2. Gravedad quirúrgica presentada en el área de Emergencias del Hospital Naval de Guayaquil



Pruebas T de Student

Se realizó la prueba de T de Student para muestras independientes, en el cual se analiza las edades (clasificadas como mayor a 10 años y menor a 10 años), con respecto a la presentación de complicaciones quirúrgicas presentadas o no. Se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa, lo cual prueba que el grupo menor a 10 años presentó mayor número de complicaciones con respecto a los mayores de 10 años.

Tabla 4. Prueba T de student para muestras independientes (Edad menor a 10 años y mayor a 10 años).

Prueba de muestra independiente

	Valor de prueba = 1					
	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
EDADES	-19.557	113	.000	-.772	-.85	-.69
Complicación	-19.557	113	.000	-.772	-.85	-.69

Además, se realizó la prueba T de student para muestras independientes, entre el sexo de los pacientes y el desarrollo de complicaciones, el cual demostró la diferencia significativa entre ambos grupos.

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
SEXO	Se asumen varianzas iguales	2.896	.092	-4.047	112	.000	-.404	.100	-.602	-.206

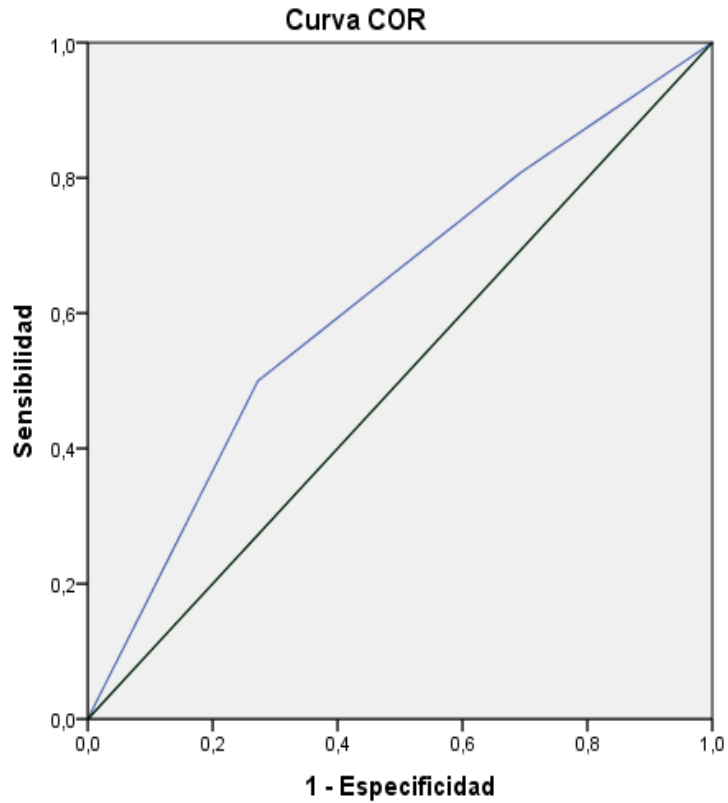
Estadístico correlacional

En base a los resultados obtenidos, estableció las correlaciones entre las variables estudiadas y la gravedad quirúrgica presentada, en la cual se halló correlación estadísticamente significativa entre las causas con la que se presentaron los pacientes con la gravedad quirúrgica de las mismas ($P < 0.0001$), lo que determina que las presentaciones de las diferentes patologías se manifiestan clínicamente en diferentes estadios. Asimismo, se demostró la asociación estadísticamente significativa en cuanto a las complicaciones quirúrgicas presentadas en el postoperatorio con respecto a la gravedad quirúrgica presentada al ingreso al servicio de Emergencia ($P < 0.05$).

<i>Variables</i>	Correlación con Gravedad Quirúrgica (Valor P)
<i>Sexo</i>	0.403
<i>Edad</i>	0.689
<i>Causas</i>	0.000
<i>Complicación</i>	0.04

Se realizó regresión logística con el cálculo de Odds Ratio de la presencia de complicación presentada en el postoperatorio con respecto a la gravedad quirúrgica presentada, obteniéndose un valor de $P = 0.04$, con un Odds ratio de 2.422 (con IC de 95% de 0.979 – 5.993). Por último, se generó la curva ROC para establecer la sensibilidad y especificidad de la escala de gravedad quirúrgica presentada y el desarrollo de complicaciones, mostrando una sensibilidad de 50% y una especificidad de 72.7% (índice de Youden de 0.2272).

Gráfico 3. Curva ROC para Gravedad quirúrgica y el desarrollo de complicaciones.



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Discusión

El estudio presentado describe y analiza las principales emergencias quirúrgicas presentadas en pacientes pediátricos, además de la gravedad al momento del ingreso, y las complicaciones más frecuentes a nivel del post operatorio. Estudios realizados por Dip et al (1), describen los riesgos quirúrgicos y complicaciones presentadas de los pacientes de su estudio, valorados por la escala de riesgo quirúrgico, y el grado de magnitud o gravedad quirúrgica, que incluimos en el presente estudio. La sensibilidad y especificidad para la escala de riesgo quirúrgico fue de 81% y 77%, respectivamente, que contrasta con el 50% y 72.7% obtenidos por nuestro estudio. Cabe recalcar que existen diferencias de distribución, ya que en los estudios se presenta el riesgo quirúrgico leve en el 52% de los

pacientes que difiere con el 28% de los pacientes presentados en nuestro estudio con riesgo quirúrgico leve.

Se evidencia la gravedad clínica presentadas por diferentes tanto de edad, sexo, y patología presentada, que van conforme a los estudios previamente descritos.

Los estudios realizados por Minneci et al (22), describen al manejo terapéutico tanto clínico como quirúrgico de las apendicitis no complicadas, en el que se evita el manejo quirúrgico de las mismas, manteniendo un correcto esquema antibiótico, evitando la necesidad de operación hasta del 75.7% luego del primer año de evolución. Sin embargo, dentro de esta institución de salud, se evidenció que, pese a que la apendicitis no complicada se presentó en el 43.2% de los pacientes, el manejo fue quirúrgico, y se presentó infección del sitio quirúrgico en el 10% de los pacientes, que contrasta con el 7% presentado únicamente en los pacientes con apendicitis complicada, datos presentados por los estudios de Escolino et al. (23).

La segunda complicación más frecuente fue la fimosis, presentada en el 23.7% de los pacientes, con presencia de parafimosis en el 18% de los casos. En estudios de metaanálisis realizados por Liu et al (24), se describe al uso de corticoides tópicos durante 4 a 8 semanas para el manejo de la fimosis, que se presentó en el 66.7% en su forma grave de presentación, con intervención quirúrgica inmediata, razón por la cual el manejo en estos pacientes fue netamente a través de intervención quirúrgica, con una mayor proporción de complicaciones con respecto al estudio base.

Limitaciones de estudio.

Debido a que este es un estudio de corte retrospectivo, la recolección de datos a través de historias clínicas generó sesgo de recolección que puede llegar a ser bastante significativo.

El hospital Naval contó con servicio de cirugía pediátrica hasta el año 2016. El manejo, terapéutica y condiciones que rodean la situación del hospital, podrían afectar al estudio debido a la temporalidad en la que se realizó el mismo.

Además, la falta de datos dentro de las historias clínicas revisadas no permitió la inclusión estos en el análisis y llevó a una disminución de la precisión de nuestros resultados.

Conclusión y recomendaciones.

El presente estudio describe que se presentaron complicaciones quirúrgicas post- operatorias en un 22.8% de la población estudiada, independiente de la edad presentada, pero dependiente de la patología. Se evidenció en nuestro estudio en un 32.5% de los casos, que la principal causa de emergencias quirúrgicas pediátricas fue la apendicitis, seguida de fimosis y rotura de quiste ovárico con un 23.70% respectivamente y en 4to lugar la hernia con un 9.60%. Con respecto a la edad, se observó que en los menores de 10 años existió mayor casos de apendicitis y fimosis, e incluso mayor número de complicaciones comparado con los pacientes mayores de 10 años.

Se describe además que, la importancia de decisión clínica para la valoración pediátrica en la emergencia y la priorización del manejo sea

este con internación del paciente pediátrico a una sala de hospitalización para exámenes de laboratorio e imagenológicos prequirúrgicos frente al manejo quirúrgico inmediato.

Ante los resultados obtenidos en este estudio, se presentan las siguientes recomendaciones:

1.- Valorar el uso de la antibioticoterapia para el manejo de las apendicitis no complicadas frente al tratamiento quirúrgico, a fin de evitar complicaciones intra y post operatorias.

2.- Realizar estudios descriptivos de los diferentes manejos quirúrgicos realizados para una misma patología, tiempos quirúrgicos y complicaciones.

3.- Brindar capacitación al personal de salud que recibe al paciente pediátrico en las áreas de emergencia para poder agilizar un diagnóstico correcto y a su vez, un tratamiento oportuno.

4.- Promover las técnicas de bioseguridad establecidas por cada hospital y el cuidado postoperatorio adecuado, para evitar el desarrollo de infecciones en el sitio quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA:

1. BolPediatr2006_46_supl2_351-357.pdf [Internet]. [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/46_supl2/BolPediatr2006_46_supl2_351-357.pdf
2. Coca Robinot D, Liébana de Rojas C, Aguirre Pascual E. Urgencias abdominales en pediatría. Radiología [Internet]. mayo de 2016 [citado 23 de agosto de 2019];58:80-91. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033833816000552>
3. REP 71-5.pdf [Internet]. [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-5.pdf#page=34>
4. Emergency evaluation of the child with acute abdominal pain - UpToDate [Internet]. [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/emergency-evaluation-of-the-child-with-acute-abdominal-pain?search=emergent-evaluation-of-the-child-&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
5. Evaluation of acute pelvic pain in the adolescent female - UpToDate [Internet]. [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-acute-pelvic-pain-in-the-adolescent-female?search=%20evaluation-of-acute-pelvic-pain-in-the-adolescent-female&source=search_result&selectedTitle=1~50&usage_type=default&display_rank=1
6. Helgeland H, Flagstad G, Grøtta J, Vandvik PO, Kristensen H, Markestad T. Diagnosing Pediatric Functional Abdominal Pain in Children (4–15 Years Old) According to the Rome III Criteria: Results From a Norwegian Prospective Study: J Pediatr Gastroenterol Nutr [Internet]. septiembre de 2009 [citado 23 de agosto de 2019];49(3):309-

15. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005176-200909000-00008>
7. Kim JS. Acute Abdominal Pain in Children. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* [Internet]. 2013 [citado 23 de agosto de 2019];16(4):219. Disponible en: <https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.5223/pghn.2013.16.4.219>
8. Cesare A, Parolini F, Morandi A, Leva E, Torricelli M. Do we need imaging to diagnose appendicitis in children? *Afr J Paediatr Surg* [Internet]. 2013 [citado 23 de agosto de 2019];10(2):68. Disponible en: <http://www.afrjpaedsurg.org/text.asp?2013/10/2/68/115024>
9. Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. En: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005660.pub2>
10. REP 71-5.pdf [Internet]. [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatrica/2015/REP%2071-5.pdf>
11. Yu C-W, Juan L-I, Wu M-H, Shen C-J, Wu J-Y, Lee C-C. Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of procalcitonin, C-reactive protein and white blood cell count for suspected acute appendicitis. *Br J Surg*. febrero de 2013;100(3):322-9.
12. 2395-8235-apm-39-03-209.pdf [Internet]. [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v39n3/2395-8235-apm-39-03-209.pdf>
13. v85n2a02.pdf [Internet]. [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v85n2/v85n2a02.pdf>

14. Pediatric Cholecystitis: Background, Pathophysiology, Etiology. 29 de mayo de 2019 [citado 23 de agosto de 2019]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/927340-overview>
15. P Blackwood B, Grabowski J. Chronic cholecystitis in the pediatric population: an underappreciated disease process. Gastroenterol Hepatol Bed Bench [Internet]. 2017 [citado 23 de agosto de 2019];10(2):125-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5495900/>
16. Risk factors for poor outcomes of children with acute acalculous cholecystitis. [Internet]. [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://read.qxmd.com/read/28499592/risk-factors-for-poor-outcomes-of-children-with-acute-acalculous-cholecystitis>
17. default - Stanford Children's Health [Internet]. [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=herniaumbilicaleinguinal-90-P05531>
18. 07_original-breve.pdf [Internet]. [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v17n66/07_original-breve.pdf
19. Solano R, Jesús M, Badilla García J, Solano R, Jesús M, Badilla García J. Hernia diafragmatica en pediatria. Med Leg Costa Rica [Internet]. marzo de 2019 [citado 23 de agosto de 2019];36(1):101-9. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152019000100101&lng=en&nrm=iso&tlng=es
20. 9febcbf0f09aa27ca8fddeac79cd1ee36782d.pdf [Internet]. [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e033/9febcbf0f09aa27ca8fddeac79cd1ee36782d.pdf>

21. 9febcbf0f09aa27ca8fddeac79cd1ee36782d.pdf [Internet]. [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e033/9febcbf0f09aa27ca8fddeac79cd1ee36782d.pdf>
22. Minneci PC, Mahida JB, Lodwick DL, Sulkowski JP, Nacion KM, Cooper JN, et al. Effectiveness of Patient Choice in Nonoperative vs Surgical Management of Pediatric Uncomplicated Acute Appendicitis. *JAMA Surg* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2019 May 17];151(5):408. Available from: <http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamasurg.2015.4534>
23. Escolino M, Becmeur F, Saxena A, Till H, Masieri L, Cortese G, et al. Infectious Complications After Laparoscopic Appendectomy in Pediatric Patients with Perforated Appendicitis: Is There a Difference in the Outcome Using Irrigation and Suction Versus Suction Only? Results of a Multicentric International Retrospective Study. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* [Internet]. 2018 Oct 10 [cited 2019 May 17];28(10):1266–70. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/lap.2018.0061>
24. Liu, J., Yang, J., Chen, Y. et al. *Int Urol Nephrol* (2016) 48: 335. <https://doi.org/10.1007/s11255-015-1184-9>
25. The Value of Pediatric Appendicitis Score and Laboratory Findings on the Diagnosis of Pediatric Appendicitis [Internet]. 2019 [cited 16 January 2019]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/280801828_The_Value_of_Pediatric_Appendicitis_Score_a
26. The Value of Pediatric Appendicitis Score and Laboratory Findings on the Diagnosis of Pediatric Appendicitis [Internet]. 2019 [cited 16 January 2019]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/280801828_The_Value_of_Pediatric_Appendicitis_Score_a

27. Bachur RG, Callahan MD, Monuteaux ScD. Integration of ultrasound findings and a clinical score in the diagnostic evaluation of pediatric appendicitis. *J Pediatr*. 2015; 166(5): 1134-8
28. Rubinstein JC, Liu L, Caty MG. Pathologic leadpoint is uncommon in ileocolic intussusceptions regardless of age. *J Pediatr Surg*. 2015; pii: S0022-3468(15)00222-5. doi:10.1016/j.jpedsurg.2015.03.048
29. Ambriz-González A. Colectomía laparoscópica en edad pediátrica [Internet]. *Redalyc.org*. 2019 [cited 16 January 2019]. Available from: <https://www.redalyc.org/html/662/66275407/>
30. Saucier A, Huang EY, Emeremni CA. Prospective evaluation of a clinical pathway for suspected appendicitis. *Pediatrics*. 2014; 133: e88-95.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Macías Triviño, Andrea Nicole**, con C.C: # **1311580136** autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de las emergencias quirúrgicas pediátricas más frecuentes atendidas en el Hospital naval de Guayaquil durante el periodo 2012-2016**, previo a la obtención del título de **Médico General** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **16** días del mes de Septiembre de **2019**

f. _____

Nombre: **Macías Triviño, Andrea Nicole**

C.C: **1311580136**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Morejón Núñez, Luis Eduardo**, con C.C: # **0924964463** autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de las emergencias quirúrgicas pediátricas más frecuentes atendidas en el Hospital naval de Guayaquil durante el periodo 2012-2016**, previo a la obtención del título de **Médico General** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **16** días del mes de Septiembre de **2019**

f. _____

Nombre: **Morejón Núñez, Luis Eduardo**

C.C: **0924964463**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de las emergencias quirúrgicas pediátricas más frecuentes atendidas en el Hospital naval de Guayaquil durante el periodo 2012-2016		
AUTOR(ES)	Macías Triviño, Andrea Nicole; Morejón Núñez, Luis Eduardo.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Carlos Enrique Mawyin Muñoz		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	16 de Septiembre de 2019	No. DE PÁGINAS:	44
ÁREAS TEMÁTICAS:	Pediatría, Cirugía Pediátrica		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Apendicitis, fimosis, complicaciones quirúrgicas post-operatorias, emergencias quirúrgicas pediátricas.		
<p>RESUMEN Presentamos las emergencias pediátricas quirúrgicas más frecuentes en pediatría sin incluir aquellas debidos a traumatismos son: apendicitis seguidas de fimosis. El adecuado conocimiento de estas patologías permitirá al cirujano pediatra cumplir con un mejor tratamiento a tiempo en los niños. Objetivo: Determinar la prevalencia de las emergencias pediátricas quirúrgicas más frecuentes atendidas en el HOSNAG durante el periodo 2012-2016. Metodología: Estudio de corte retrospectivo, observacional y analítico. Los datos se extrajeron de las historias clínicas en el sistema SIIS del Hospital Naval General de Guayaquil, periodo enero 2012 a enero 2016. La base de datos y el análisis se realizaron en el programa SPSS v22.0. Resultados: El 65.8 % de la población estuvo constituida por hombres, la edad media fue de 7 años (con desviación estándar de ± 3.65 años); el 32.9% de los pacientes ingresó al hospital con diagnóstico de apendicitis aguda, según la escala PAS (pediatric apendicitis score), De toda la población, en el 39,5 % se encontraba en un estado de gravedad moderada de su patología, con observación y exámenes complementarios previo a la realización de su cirugía. Conclusiones: El presente estudio describe que se presentaron complicaciones quirúrgicas post- operatorias en un 22.8% de la población estudiada, independiente de la edad presentada, pero dependiente de la patología.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-92851508 /+593-986843792	E-mail: nicolemacias.716@gmail.com luis_morejon@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayon Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593-997-572-784		
	E-mail: andres.ayon@cu.uscg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			