



UNAP



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y ESQUEMAS DE
TRATAMIENTO DE CELULITIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS, HOSPITAL APOYO IQUITOS, 2021 - 2022**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

JESSYE CUBAS OSORIO

ASESOR:

M.C. EDWIN VILLACORTA VIGO, Dr.

IQUITOS, PERÚ

2023

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS N°041 / CGT- FMH-UNAP-2023

En la ciudad de Iquitos, distrito de Punchana, departamento de Loreto, a los **07 días del mes de diciembre del 2023 a horas 12:00 m**, se dio inicio a la sustentación pública de la Tesis titulado "CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y ESQUEMAS DE TRATAMIENTO DE CELULITIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS, HOSPITAL APOYO IQUITOS, 2021 - 2022", aprobado la sustentación con Resolución Decanal N° **46-2023-FMH-UNAP** de la bachiller **Jessye Cubas Osorio**, para optar el título profesional de Médico Cirujano.

El jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal Nro. 312-2023-FMH-UNAP.

Lic.Enf. Wilma Selva Casanova Rojas, Mgtr. SP.
MC.Sergio Ruíz Tello Mgtr. DUI
MC.Juan Raúl Seminario Vilca

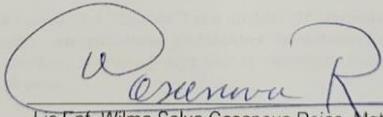
Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas: **Adecuadamente**

El jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

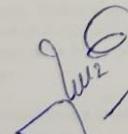
La sustentación pública de la tesis ha sido **Aprobada** con la calificación de **86**

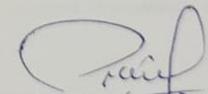
Estando la bachiller **APTA** para obtener título profesional de Médico Cirujano.

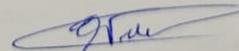
Siendo las **13:15** se dio por terminado el acto académico.


Lic. Enf. Wilma Selva Casanova Rojas, Mgtr. SP.

Presidente


MC. Sergio Ruíz Tello Mgtr. DUI
Miembro


MC. Juan Raúl Seminario Vilca
Miembro


MC. Edwin Villacorta Vigo Dr..
Asesor

Somos la Universidad licenciada más importante de la Amazonia del Perú, rumbo a la acreditación

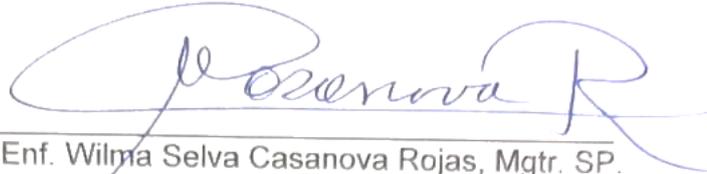
Av. Colonial s/n - Punchana - Telf. : (065) 251780
Email: medicina@unapiquitos.edu.pe

IQUITOS - PERÚ





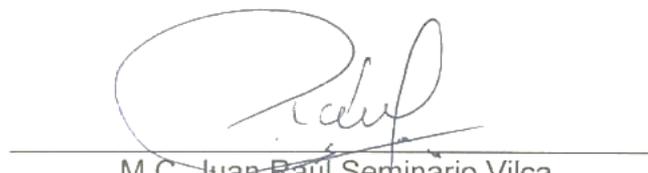
MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR Y ASESOR



Lic. Enf. Wilma Selva Casanova Rojas, Mgtr. SP.
Presidente



MC. Sergio Ruiz Tello, Mgtr. DIU.
Miembro



M.C. Juan Raúl Seminario Vilca
Miembro



MC. Edwin Villacorta Vigo, Dr.
Asesor

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

FMH_TESIS_CUBAS OSORIO.pdf

AUTOR

JESSYE CUBAS OSORIO

RECuento DE PALABRAS

8802 Words

RECuento DE CARACTERES

47960 Characters

RECuento DE PÁGINAS

34 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

279.0KB

FECHA DE ENTREGA

Feb 4, 2024 4:29 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Feb 4, 2024 4:29 PM GMT-5

● 22% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 17% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

DEDICATORIA

Para H.A.A., que nada de esto hubiera sido posible sin ti.

A mi hermano, que siempre ha sido compañero,
Confidente, mejor amigo y consejero.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la vida y ser maestro de las segundas oportunidades.

A mis padres, por traerme al mundo.

A todos mis familiares y amigos que contribuyeron con su granito de arena para la realización de este trabajo.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	ii
MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR Y ASESOR.....	iii
RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	5
1.1. Antecedentes.....	5
1.1.1. Internacional.....	5
1.1.2. Nacional	7
1.1.3. Local.....	8
1.2. Bases teóricas	8
1.2.1. Celulitis.....	8
1.2.1.1. Generalidades.....	8
1.2.1.2. Etiología	9
1.2.1.3. Características epidemiológicas.....	9
1.2.1.4. Fisiopatología.....	9
1.2.1.5. Características clínicas.....	10
1.2.1.6. Esquemas de tratamiento.....	11
1.2.1.7. Diagnóstico diferencial.....	12
1.2.1.8. Complicaciones.....	13
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	14
2.1. Formulación de la hipótesis	14
2.1.1. Hipótesis general	14
2.2. Variables y su Operacionalización	14
2.2.1. Variables	14
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	17
3.1. Diseño metodológico	17

3.2. Diseño muestral	17
3.2.1. Población:	17
3.2.2. Muestra	17
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
3.3.1. Técnicas	18
3.3.2. Instrumento	18
3.3.3. Procedimiento de recolección de datos	19
3.3.3.1. Solicitud al Hospital Apoyo Iquitos.	19
3.3.3.2. Recolección de datos.....	19
3.4. Procesamiento y análisis de datos	19
3.5. Aspectos éticos	19
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	20
4.1. Características demográficas de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022.	20
4.2. Características clínicas de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022.....	22
4.3. Esquemas de tratamiento de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022	23
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	25
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	31
CAPITULO VII: RECOMENDACIONES	32
CAPÍTULO VIII: BIBLIOGRAFIA	33
ANEXOS	36
Anexo N° 01: Matriz de consistencia	36
Anexo N° 02: Ficha de recolección de datos	37
Anexo n° 03: Juicio de experto	39
Anexo N° 04: Comité Institucional de Ética de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana	43

ÍNDICE DE TABLAS

Operacionalización de variables	15
Tabla 1: Características demográficas de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022.	20
Tabla 2: Características clínicas de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022.....	22
Tabla 3: Esquemas de tratamiento de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022.	23
Tabla 4: Validez de la ficha de recolección de datos mediante la técnica de juicio de experto.....	42

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y ESQUEMAS DE TRATAMIENTO DE CELULITIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS, HOSPITAL APOYO IQUITOS, 2021 - 2022.

Cubas Osorio, Jessye

RESUMEN

La celulitis en pediatría es una de las principales razones de consulta en atención primaria, por esta razón el manejo adecuado y el estudio epidemiológico es crucial para prevenir complicaciones graves y reducir la mortalidad. Por esta razón el objetivo de este trabajo es identificar las características demográficas, clínicas y esquemas de tratamiento de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 – 2022. Por tal motivo se desarrolló un estudio descriptivo y transversal, teniendo como muestra 70 pacientes pediátricos. Concluyendo que la mayoría de pacientes presentaron una edad de 1 a < 2 años, provienen de áreas urbanas (71.4%), presentaron un tiempo de hospitalización de 3 a menos de 7 días (64.3%), el 50.0% y 38.6 % de los casos tuvieron como causa una infección cutánea preexistente y un traumatismo respectivamente. Se observó además que no se realizaron cultivos de las lesiones en ningún caso, todos los pacientes recibieron tratamiento endovenoso (100.0%). El esquema terapéutico más utilizado consistió en Oxacilina (74.3%), en menor proporción se observan combinaciones de antibióticos, como Oxacilina + Amikacina, Oxacilina + Clindamicina, Oxacilina + Ceftriaxona, Oxacilina + Gentamicina y Oxacilina + Ceftriaxona + Amikacina. La mayoría de los pacientes recibieron antibioticoterapia al momento del alta (98.6%), siendo los más utilizados Dicloxacilina (52.2%), Amoxicilina/Ácido Clavulánico (37.7%) y Cefalexina (10.1%).

Palabras clave: Celulitis.

**DEMOGRAPHIC, CLINICAL CHARACTERISTICS AND CELLULITE
TREATMENT SCHEMES IN HOSPITALIZED PEDIATRIC PATIENTS,
HOSPITAL APOYO IQUITOS, 2021 - 2022.**

Cubas Osorio, Jessye

ABSTRACT

Cellulitis in pediatrics is one of the main reasons for consultation in primary care, for this reason adequate management and epidemiological study is crucial to prevent serious complications and reduce mortality. For this reason, the objective of this work is to identify the demographical, clinical characteristics and management schemes of cellulite in hospitalized pediatric patients, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022. For this reason, a descriptive and cross-sectional study was developed, with 70 patients as a sample. pediatrics. Concluding that the majority of patients were aged 1 to < 2 years, came from urban areas (71.4%), had a hospitalization time of 3 to less than 7 days (64.3%), 50.0% and 38.6% of the cases were caused by a pre-existing skin infection and trauma respectively. It was also observed that cultures of the lesions were not performed in any case; all patients received intravenous treatment (100.0%). The most used therapeutic regimen consisted of Oxacillin (74.3%), in a lesser proportion combinations of antibiotics were observed, such as Oxacillin + Amikacin, Oxacillin + Clindamycin, Oxacillin + Ceftriaxone, Oxacillin + Gentamicin and Oxacillin + Ceftriaxone + Amikacin. The majority of patients received antibiotic therapy at the time of discharge (98.6%), with Dicloxacillin (52.2%), Amoxicillin/Clavulanic Acid (37.7%) and Cephalexin (10.1%) being the most commonly used.

Keywords: Cellulitis

INTRODUCCIÓN

Descripción de la situación problemática:

La celulitis, una infección que involucra la dermis profunda y el tejido subcutáneo, es la razón más común de hospitalización relacionada con la piel y es vista por médicos de diversas disciplinas en entornos de pacientes hospitalizados, ambulatorios y de la sala de emergencias, pero puede presentarse como un desafío en el diagnóstico y tratamiento (1). La celulitis es un diagnóstico clínico basado en la historia de la enfermedad actual y el examen físico y carece de un estándar de oro para el diagnóstico. La presentación clínica con inicio agudo de enrojecimiento, calor, hinchazón y sensibilidad y dolor es típica. Sin embargo, la celulitis puede ser difícil de diagnosticar debido a una serie de imitadores clínicos infecciosos y no infecciosos, como la dermatitis por estasis venosa, la dermatitis de contacto, el eccema, el linfedema y el eritema migratorio (2).

En Norteamérica anualmente se registran más de 14 millones de casos, representa aproximadamente 3 700 000 de dólares en costos de atención (1). En Perú, la celulitis en pediatría es una preocupación importante debido a la falta de acceso a atención médica adecuada en algunas áreas rurales y pobres del país. La falta de higiene personal, la pobreza y las malas condiciones sanitarias también pueden contribuir a la aparición de infecciones de la piel y la celulitis en los niños (3).

Pocos reportes se han publicado sobre esta enfermedad, en un estudio realizado a nivel nacional en un hospital de Lima, determinó que la prevalencia de casos de celulitis en niños hospitalizados desde el 2009 al 2014 fue de 2.62% (3). Durante los años 2021 y 2022, el Hospital Iquitos ha registrado un total de 70 casos de celulitis en pacientes pediátricos que fueron diagnosticados en el servicio de hospitalización del departamento de Pediatría del Hospital Apoyo Iquitos. Es crucial estudiar este tema debido a la creciente incidencia de esta afección en la población infantil. La comprensión profunda de la celulitis pediátrica es fundamental para mejorar la atención médica, desarrollar estrategias de prevención efectivas y garantizar la salud y el

bienestar de los niños afectados. Además, investigar las causas subyacentes y los factores de riesgo asociados contribuirá a fortalecer las medidas preventivas y optimizar los protocolos de tratamiento, marcando así un impacto positivo en la calidad de la atención médica pediátrica en el Hospital Apoyo Iquitos.

En nuestra región no se han publicado estudios sobre infección de piel y partes blandas en poblaciones pediátricas, existiendo esta brecha del conocimiento se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las características demográficas, clínicas y los esquemas de tratamiento de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022?

Por ello se planteó el siguiente objetivo general:

- Determinar las características demográficas, clínicas y los esquemas de tratamiento de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022.

Para lograrlo se plantearon los siguientes objetivos específicos

- Estimar las características demográficas de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022.
- Estimar las características clínicas de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022.
- Estimar los esquemas de tratamiento de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 – 2022.

Justificación

Importancia

La ejecución de este estudio es de suma importancia debido a la escasez de investigaciones que abordan la carga de la celulitis en niños atendidos en establecimientos de salud en Iquitos. La falta de información sobre la proporción de admisiones, las características clínicas y los enfoques de tratamiento específicos para la celulitis en niños hospitalizados crea un vacío en el conocimiento médico local.

La ausencia de datos epidemiológicos locales sobre estas infecciones en los centros de atención primaria subraya la importancia de este estudio para mejorar la comprensión de la incidencia y los agentes etiológicos predominantes, como el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus pyogenes*, así como abordar la creciente preocupación por cepas resistentes (4).

El establecimiento de pautas a nivel nacional para el manejo clínico de infecciones de piel y partes blandas de origen bacteriano en pacientes menores de 19 años, con un enfoque en el diagnóstico y tratamiento, es esencial. Este consenso no solo beneficia a los profesionales de la salud al proporcionar orientación clara, sino que también contribuye a mejorar la atención integral a los niños afectados por celulitis en el Hospital Apoyo Iquitos y, potencialmente, en otros centros de salud similares (5,6).

La realización de este estudio beneficia de forma directa a la comunidad médica puesto que comprender la epidemiología y las características clínicas de la celulitis en los pacientes pediátricos en nuestro medio ayudaría a los profesionales de la salud a identificar y tratar la infección de manera oportuna y eficaz, lo que a su vez puede reducir el riesgo de complicaciones graves y la mortalidad asociada con esta afección. Además, conocer los diferentes esquemas de tratamiento, como el uso de antibióticos y la necesidad de intervención quirúrgica, puede mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos que padecen celulitis y reducir el costo del tratamiento. Por lo tanto, este tipo de estudio podría beneficiar a los profesionales de la salud, a los pacientes pediátricos y a sus familias al proporcionar información valiosa para mejorar la atención médica y prevenir complicaciones graves.

Viabilidad

El investigador contó con dedicación exclusiva para la ejecución del proyecto y financió la totalidad de su realización. En relación a la población, el registro estadístico del Hospital Apoyo Iquitos notificó la atención de 70 pacientes con diagnóstico de celulitis. La cantidad de pacientes reforzó la viabilidad del estudio, ya que se contó con una población representativa que refleja la complejidad y diversidad de casos de celulitis en pacientes pediátricos.

1.4.3. Limitaciones

Una limitación inherente a los estudios retrospectivos basados en historias clínicas radica en la dependencia de la calidad y completitud de los registros médicos disponibles. La falta de información detallada o la inconsistencia en los datos pueden afectar la precisión de los resultados y limitar la capacidad de obtener una visión completa de los eventos clínicos pasados. Sin embargo, esta limitación ha sido superada por el mismo nosocomio mediante la implementación de auditorías de calidad de datos. Al abordar esta limitación, el Hospital Iquitos mejora la fiabilidad y la integridad de los datos recolectados, permitiendo así una interpretación más robusta de los hallazgos y una contribución significativa al conocimiento científico.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

1.1.1. Internacional

En el 2022 en Canadá se realizó un estudio tipo cuantitativo y diseño observacional, que tuvo como muestra un total de 117 pacientes pediátricos tratados con cefalexina oral. La investigación tuvo como propósito evaluar la efectividad de una pauta de tratamiento con cefalexina oral en dosis altas para niños con celulitis moderada tratados como pacientes ambulatorios y el trabajo concluyó que con una tasa de éxito del 89,7%, la cefalexina oral parece eficaz y segura para el tratamiento de niños con celulitis moderada. Su uso reduce potencialmente las tasas de hospitalización por esta afección y disminuye la necesidad de inserción intravenosa (7).

En el 2022 en Estados Unidos se realizó un estudio tipo cualitativo y diseño observacional, que tuvo como muestra un total de 220 pacientes pediátricos. La investigación tuvo como propósito caracterizar la epidemiología y el manejo de pacientes pediátricos con diagnóstico de celulitis y el trabajo concluyó que *S. aureus* sensible a la meticilina fue el organismo más común (26,3 %), y solo se encontró resistente a la meticilina en el 5,0 %. Las tasas de uso de vancomicina fluctuaron anualmente del 40,9 % al 84,6 % (8).

En el 2021 en Estados Unidos se realizó un estudio tipo cualitativo y diseño descriptivo, que tuvo como muestra un total de 893 pacientes pediátricos. La investigación tuvo como propósito describir las características de la celulitis pediátrica hospitalaria sin absceso y el trabajo concluyó que las infecciones fueron purulentas en el 42,3 % de los casos, de los cuales el 78,6 % tenían cultivos de heridas obtenidos con mayor frecuencia de crecimiento de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina. Se observó además que los pacientes recibieron antibióticos durante el ingreso en el 99,4 % de los casos, más comúnmente vancomicina intravenosa (51,3 %) y el 94,8 % de los pacientes recibieron antibióticos al alta, más comúnmente amoxicilina-ácido clavulánico (30,0 %). Las infecciones afectaron con mayor frecuencia a la

cabeza y el cuello (37,3 %). Las infecciones que afectaron la ingle y las nalgas (12,5 %) se asociaron con una edad más joven ($p < 0,001$), se presentaron con mayor frecuencia con fiebre (46,5 %) y purulencia (79,1 %) y tuvieron las tasas más altas de dilatación antibiótica (23,3 %) y recurrencia dentro de 1 año (16,3%) (9).

En el 2019 en Australia se realizó un estudio tipo cualitativo y diseño descriptivo, que tuvo como muestra un total de 1135 pacientes pediátricos. La investigación tuvo como propósito comparar la eficacia y la seguridad del tratamiento con antibióticos intravenosos en el hogar con el tratamiento estándar hospitalario en niños con celulitis moderada a grave y el trabajo concluyó que el fracaso del tratamiento ocurrió en 2 % de niños en el grupo domiciliario y en siete 7 % en niños del grupo hospitalario, finalmente se observó que el tratamiento domiciliario con ceftriaxona intravenosa no es inferior al tratamiento hospitalario con flucloxacilina intravenosa para niños con diagnóstico de celulitis (10).

En el 2018 en Australia se realizó un estudio tipo cualitativo y diseño descriptivo, que tuvo como muestra un total de 302 pacientes pediátricos. La investigación tuvo como propósito caracterizar la epidemiología, clínica y tratamiento de la celulitis pediátrica y el trabajo concluyó que hubo una mayor proporción de celulitis facial (27,2 %), el hisopo de la herida fue la investigación microbiológica más frecuente (133/302, 44,0%), arrojando cultivos positivos en la mayoría de los analizados (109/133, 82,0%). Los organismos identificados con mayor frecuencia fueron *Staphylococcus aureus* (94/109, 86,2 %) (*S. aureus* sensible a la meticilina (60/94, 63,8 %), *S. aureus* resistente a la meticilina) y *Streptococcus pyogenes* (22/109, 20,2 %) con 14 identificando *S. aureus* y *S. pyogenes*. La flucloxacilina intravenosa fue el antibiótico preferido (154/199, 77,4%), con una mediana de duración intravenosa de 2 días (RIC 2-3), oral 6 días (RIC 5-7) y total 8 días (RIC 7-10) (11).

En el 2017 en Australia se realizó un estudio tipo cualitativo y diseño descriptivo, que tuvo como muestra un total de 15 378 pacientes pediátricos. La investigación tuvo como propósito describir los datos epidemiológicos de

las atenciones pediátricas y el trabajo concluyó que el 2.4 % de las atenciones fueron por celulitis (12).

En el 2010 en Canadá se realizó un estudio tipo cualitativo y diseño descriptivo, que tuvo como muestra un total de 321 pacientes pediátricos, 154 niños fueron tratados con antibióticos orales, 85 con tratamiento endovenoso de corta duración y 82 IV con tratamiento endovenoso en hospitalización. La investigación tuvo como propósito estudiar las características de manejo de celulitis en pacientes pediátricos atendidos en un hospital de y el trabajo concluyó que, en comparación con la admisión IV, la razón de probabilidad de fracaso entre los que recibieron un curso corto IV fue de 7,2 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,6-33,1). Aquellos que recibieron un tratamiento IV corto tenían más probabilidades de volver a visitarlos dentro de los 7 días que los niños tratados solo con antibióticos orales (cociente de riesgos, 2,4; IC del 95 %, 1,2-4,7) (13).

1.1.2. Nacional

En el 2019 en Arequipa se realizó un estudio tipo cualitativo y diseño descriptivo, que tuvo como muestra un total de 137 pacientes pediátricos. La investigación tuvo como propósito identificar características clínico-epidemiológicas de celulitis en niños y el trabajo concluyó que trauma o lesión fue la causa más frecuente en el 20%, picadura de insecto en 43 %, secundario a procesos odontogénicos en 24 %, por infección preexistente en 6%, por mordedura de araña 2 %, mordedura de perro 3%, y luego de una varicela en 1 % de casos. Se localizó con mayor frecuencia en cara en 49%, miembros inferiores (31 %), miembros superiores (14%). En el 80% de casos se trató de una celulitis no purulenta, en 20.44% presentó celulitis purulenta (14).

En el 2019 en Huacho se realizó un estudio tipo cualitativo y diseño descriptivo, transversal y retrospectivo, que tuvo como muestra un total de 72 pacientes pediátricos. La investigación determinó la prevalencia de celulitis en

pacientes pediátricos y el trabajo concluyó que la prevalencia fue de 3 %, respecto a la etiología se observó que el 3 % corresponde a mordeduras, el 13 % corresponde a causas odontogénicas el 39 % a picadura por insectos y el 31 % a trauma o lesión (15).

En el 2016 en Lima se realizó un estudio tipo cualitativo y diseño descriptivo, que tuvo como muestra un total de 72 pacientes pediátricos. La investigación tuvo como propósito determinar la prevalencia de celulitis en pacientes pediátricos y el trabajo concluyó que la prevalencia fue de 3,42%, En cuanto a la etiología, se observó predominancia de *Staphylococcus aureus* (55.23%), el mayor porcentaje corresponde a preescolares (36%), se encontró mayor frecuencia de casos de celulitis no purulentas (77 %) (3).

1.1.3. Local

En el 2004 en Iquitos se realizó un estudio tipo cualitativo y diseño descriptivo, que tuvo como muestra un total de 144 pacientes en el servicio de medicina. La investigación tuvo como propósito determinar las características clínicas y terapéuticas de celulitis en esta población y el trabajo concluyó que todos presentaron eritema y dolor en el área afectada, así como síntomas adicionales como aumento de volumen, fiebre, escalofríos y prurito. Hubo complicaciones en el 11.8% de los casos, relacionadas con factores como la edad, diabetes, insuficiencia arterial y venosa. Se utilizó una variedad de esquemas de antibióticos y se requirió intervención quirúrgica en el 19% de los casos. En general, se observó que los pacientes mayores de 60 años y aquellos con afecciones médicas subyacentes tuvieron un tiempo de estancia hospitalaria prolongado (16).

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Celulitis

1.2.1.1. Generalidades

La celulitis es una infección bacteriana común que afecta la piel y su tejido conectivo subyacente, y que manifiesta síntomas de enrojecimiento, dolor y linfangitis (17).

1.2.1.2. Etiología

La piel es una estructura física que actúa como barrera protectora, previniendo la entrada de microorganismos y bacterias en los tejidos subcutáneos y en el sistema linfático. No obstante, cuando se produce una lesión en la piel, se produce una ruptura en esta barrera protectora, permitiendo que las bacterias entren en la dermis y el tejido subcutáneo, lo que puede provocar una infección superficial aguda conocida como celulitis. La celulitis es causada con mayor frecuencia por una infección del estreptococo beta-hemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*) (1).

Además, existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar celulitis. Estos factores incluyen cualquier condición que cause una ruptura en la barrera de la piel, como lesiones en la piel, incisiones quirúrgicas, punciones intravenosas, fisuras entre los dedos de los pies, picaduras de insectos, mordeduras de animales y otras infecciones de la piel. Los pacientes que padecen enfermedades crónicas como diabetes mellitus, insuficiencia venosa, enfermedad arterial periférica y linfedema tienen un mayor riesgo de desarrollar celulitis. Por tanto, es fundamental tomar medidas preventivas para reducir la posibilidad de desarrollar esta afección, especialmente en pacientes con factores de riesgo (1,18).

1.2.1.3. Características epidemiológicas

La celulitis es relativamente común y ocurre con mayor frecuencia en adultos de mediana edad y mayores. Al comparar hombres y mujeres, no existe una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de celulitis. Hay aproximadamente 50 casos por 1000 pacientes-año (18).

En estudios realizados en Perú, se observó heterogeneidad en cuanto a la predominancia del género de pacientes y el grupo etáreo más frecuentemente afectado fue el grupo de preescolares y por lactantes (3,15).

1.2.1.4. Fisiopatología

La celulitis se caracteriza por eritema, calor, edema y sensibilidad a la palpación como resultado de la respuesta de citoquinas y neutrófilos de bacterias que rompen la epidermis (19).

La interrupción de la barrera cutánea puede ser causada por bacterias del espacio interdigital del dedo del pie, infecciones fúngicas del pie (p. ej., tinea pedis, onicomicosis), úlceras por presión y úlceras venosas de la pierna (19).

Las citoquinas y los neutrófilos se reclutan en el área afectada después de que las bacterias hayan penetrado en la piel, lo que lleva a una respuesta epidérmica. Esta respuesta incluye la producción de péptidos antimicrobianos y proliferación de queratinocitos y se postula que produce los hallazgos característicos del examen en la celulitis. Los estreptococos del grupo A, las bacterias más comunes que causan celulitis, también pueden producir factores de virulencia como exotoxinas pirogénicas (A, B, C y F) y superantígenos estreptocócicos que pueden conducir a una enfermedad más pronunciada e invasiva (20).

1.2.1.5. Características clínicas

La celulitis generalmente se presenta como un área de eritema mal delimitada, aguda y extendida. Los hallazgos cutáneos en la celulitis siguen los signos clásicos de la inflamación: dolor (dolor), calor (calor), rubor (eritema) y tumor (hinchazón).

Las características clínicas adicionales pueden incluir vasos linfáticos de la piel dilatados y edematosos, lo que lleva a una apariencia de piel de naranja; formación de bulla; o linfáticos inflamados proximales al área de la celulitis, dando lugar a estrías eritematosas lineales o linfangitis.

La inflamación de los vasos linfáticos también puede provocar linfadenopatía dolorosa regional. La celulitis es casi siempre unilateral. Se encuentra típicamente en las extremidades inferiores, aunque puede aparecer en cualquier área de la piel y con frecuencia se encuentra en las extremidades superiores en pacientes que consumen drogas por vía intravenosa. La presencia de fiebre es variable, oscilando entre el 22,5 % y el 77,3 %, aunque estas estimaciones pueden ser altas porque los estudios que informaron fiebre examinaron poblaciones de pacientes hospitalizados o de urgencias y no poblaciones de pacientes ambulatorios (20).

La erisipela es una infección de la dermis superficial y los vasos linfáticos que se presenta como área de piel elevada. Dadas etiologías similares, se puede argumentar que la erisipela es un tipo de celulitis.

La fascitis necrotizante es una infección rara pero grave de la piel y los tejidos blandos del tejido subcutáneo y la fascia que progresa rápidamente y es destructiva, con una alta tasa de mortalidad.

1.2.1.6. Esquemas de tratamiento

Los pacientes que presenten celulitis leve y que no muestren signos sistémicos de infección deben cubrirse con antibióticos dirigidos al tratamiento de especies de estreptococos. Aunque se cree que es una causa menos común, considere la cobertura de MSSA. La duración de la terapia con antibióticos orales debe ser de una duración mínima de 5 días. En la celulitis no purulenta, los pacientes deben recibir cefalexina 500 mg cada 6 horas. Si tienen una reacción alérgica grave a los inhibidores de betalactamasas, tratar con clindamicina de 300 mg a 450 mg cada 6 horas (20).

En pacientes con celulitis purulenta, colonización por estafilococo áureo resistente a la metilina, los pacientes también deben recibir antibióticos que cubran contra el estafilococo áureo resistente a la metilina. La celulitis con factores de riesgo de MRSA debe tratarse con trimetoprim-sulfametoxazol 800 mg/160 mg dos veces al día durante 5 días además de cefalexina 500 mg cada 6 horas. Si un paciente es alérgico a la trimetoprima-sulfametoxazol, trate con clindamicina de 300 mg a 450 mg cada 6 horas. Se puede considerar una duración más prolongada del tratamiento con antibióticos en pacientes que muestran una mejoría mínima con la terapia con antibióticos dentro de las 48 horas(20).

La hospitalización con la inducción de antibióticos sistémicos puede ser necesaria para los pacientes que: presenten signos sistémicos de infección*, hayan fracasado en el tratamiento ambulatorio, estén inmunocomprometidos, muestren eritema que progresa rápidamente, no puedan tolerar medicamentos orales o tengan celulitis suprayacente o cerca de una herida permanente. dispositivo médico (20).

Deben iniciarse antibióticos intravenosos para cubrir contra el estreptococo del grupo A. En ausencia de factores de riesgo del paciente para MRSA, tratar con cefazolina intravenosa y, cuando sea posible, desescalar a cefalexina durante un total de 5 días de tratamiento. Si hay factores de riesgo de MRSA, inicie la terapia con vancomicina y luego desescale a trimetoprima/sulfametoxazol (20).

1.2.1.7. Diagnóstico diferencial

La erisipela a veces se considera una forma de celulitis. Sin embargo, es una infección más superficial que afecta la dermis superior y el sistema linfático superficial (14). El eritema rojo brillante, la elevación de la piel afectada y los bordes bien delimitados pueden ayudar a diagnosticar la erisipela y distinguirla de la celulitis, que tiende a ser más levemente eritematosa (rosada) y plana con límites menos definidos. La erisipela también puede tener estrías cuando están involucrados los linfáticos superficiales. Es más comúnmente el resultado de las exotoxinas liberadas por el estreptococo del grupo A (*Streptococcus pyogenes*). El tratamiento de primera línea para la erisipela es la amoxicilina o la cefalexina(21).

La dermatitis por estasis venosa crónica es una dermatosis inflamatoria bilateral de larga evolución, secundaria a insuficiencia venosa crónica, que típicamente afecta a los maléolos mediales. Aparece en las extremidades inferiores y se manifiesta como eritema con descamación, edema periférico e hiperpigmentación. El tratamiento se centra en tratar la insuficiencia venosa crónica subyacente y sus secuelas, como el edema de las extremidades inferiores(21).

La fascitis necrotizante es una infección rara de la fascia que conduce a la necrosis del tejido subcutáneo. Su presentación característica incluye fiebre, eritema, edema, dolor desproporcionado al examen y crepitación. Califica como una emergencia quirúrgica y requiere desbridamiento quirúrgico inmediato. Se pueden obtener imágenes para ayudar a confirmar el diagnóstico de fascitis necrotizante, pero no deben retrasar la intervención quirúrgica. La tomografía computarizada que revela gas subcutáneo en el tejido blando es altamente específica para la fascitis necrosante (21).

La artritis séptica, o una articulación infectada, puede afectar a cualquier articulación, pero normalmente afecta a la articulación de la rodilla. Los pacientes presentan inflamación articular, calor, dolor y disminución de la movilidad de la articulación. El tratamiento de la artritis séptica es por aspiración conjunta y antibióticos dirigidos a los patógenos más comunes (21).

La trombosis venosa profunda (TVP) suele ser unilateral y se presenta con dolor a la palpación, eritema, calor y edema. Suele afectar a las extremidades inferiores. Los pacientes suelen tener la presencia de factores de riesgo de TVP, como antecedentes de inmovilidad, cáncer activo o antecedentes familiares de tromboembolismo venoso. La trombosis venosa profunda rara vez se manifiesta con fiebre o leucocitosis, pero pueden estar presentes. La ecografía se utiliza para confirmar el diagnóstico (21).

1.2.1.8. Complicaciones

Sin un diagnóstico y tratamiento oportunos, la celulitis podría provocar varias complicaciones. Si la infección bacteriana llega al torrente sanguíneo, podría provocar una bacteriemia. La bacteriemia se diagnostica mediante la obtención de hemocultivos en pacientes que presentan síntomas sistémicos. El médico debe obtener la identificación y las susceptibilidades de los hemocultivos y adaptar los antibióticos en consecuencia. La falta de identificación y tratamiento de la bacteriemia por celulitis puede provocar endocarditis, una infección del revestimiento interno (endocardio) del corazón (22).

Los pacientes que tienen celulitis junto con dos o más criterios SIRS (fiebre de más de 38° C, taquipnea, taquicardia o recuento anormal de glóbulos blancos) reciben un diagnóstico de sepsis. Si la celulitis se desplaza desde la dermis profunda y el tejido subcutáneo hasta el hueso, puede provocar osteomielitis(22).

La celulitis que conduce a bacteriemia, endocarditis u osteomielitis requerirá una duración más prolongada de antibióticos y posiblemente cirugía (22).

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Formulación de la hipótesis

2.1.1. Hipótesis general

Por la naturaleza descriptiva del estudio, no requiere hipótesis.

2.2. Variables y su Operacionalización

2.2.1. Variables

- Características demográficas de pacientes pediátricos hospitalizados con diagnóstico de celulitis.
- Características clínicas de pacientes pediátricos hospitalizados con diagnóstico de celulitis.
- Esquemas de tratamiento de pacientes pediátricos hospitalizados con diagnóstico de celulitis.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACION
Características demográficas	descripción detallada de la población, considerando tanto los factores que tienen una relación directa como aquellos que tienen una relación indirecta con ella.	Cualitativa	Edad	Ordinal	(1)	Menor a 1 año	Ficha de recolección de datos
					(2)	1 a < 2 años	
					(2)	2 a 4 años	
					(3)	5 a 9 años	
					(4)	≥ 10 años	
			Sexo	Nominal	(1)	Masculino	
					(2)	Femenino	
				procedencia	Nominal	(1)	
			(2)			Periurbano	
			(3)			Rural	
Tiempo de hospitalización	Razón		Tiempo en días				
Características clínicas	Descripción que el profesional de la medicina puede realizar durante una evaluación o también de las sensaciones que el paciente puede experimentar en relación a su estado de salud.	Cualitativa	causa de la celulitis	Nominal	(1)	Por Mordedura	Ficha de recolección de datos
					(2)	Odontógenas	
					(3)	Picadura	
					(4)	Trauma	
					(5)	Otras	
			localización de la celulitis	Nominal	(1)	Abdomen	
					(2)	Cara	
					(3)	Miembros inferiores	
					(4)	Miembros superiores	
					(5)	Otras	

Esquemas de tratamiento	empleados para el tratamiento de un trastorno o enfermedad	Cualitativa	resultado de cultivo	Nominal	(1)	No	Ficha de recolección de datos
					(2)	Si	
			Antibioticoterapia recibida durante hospitalización		(1)	Vía oral	
					(2)	Endovenoso	
			Recibe terapia antibiótica al alta		(1)	No	
					(2)	Si	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Método de investigación

Descriptivo. ya que se detallaron las particularidades demográficas, clínicas y los esquemas de tratamiento de pacientes pediátricos con celulitis que estuvieron hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Apoyo Iquitos.

Transversal. ya que la recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento en el tiempo.

3.2. Diseño muestral

3.2.1. Población:

Pacientes pediátricos hospitalizados con diagnóstico de celulitis atendidos en el servicio de pediatría del Hospital Apoyo Iquitos.

3.2.2. Muestra

Durante el período comprendido entre enero de 2021 y diciembre de 2022, se brindó atención médica a un total aproximado de 70 pacientes pediátricos diagnosticados con celulitis en el servicio de hospitalización del departamento de Pediatría del Hospital Apoyo Iquitos. Para el presente estudio, se utilizó un enfoque de **muestreo no probabilístico** y **por conveniencia**, lo que significa que se incluyeron todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión predefinidos en nuestro protocolo de estudio. Este enfoque de muestreo nos permitió obtener una muestra representativa de la población de interés y maximizar la validez y la relevancia de los resultados.

a. Criterios de inclusión

- Pacientes atendidos con diagnóstico de celulitis por el departamento de Pediatría del Hospital Apoyo Iquitos.

b. Criterios de exclusión

- Pacientes atendidos por el departamento de Pediatría del Hospital Apoyo Iquitos sin diagnóstico de celulitis.
- Pacientes con historias clínicas que presenten información incompleta o ilegible.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Técnicas

3.3.1.1. Revisión de historia clínica: técnica que permitió al investigador la recolección de información desde la historia clínica.

3.3.2. Instrumento

3.3.2.1. Ficha de recolección de datos: El Anexo N° 02 consiste en la ficha de recolección de datos, un documento detallado elaborado por el autor que contiene preguntas específicas diseñadas para recopilar información relevante sobre las características demográficas y clínicas de interés. Esta ficha de recolección de datos ha sido cuidadosamente diseñada para garantizar la uniformidad y la precisión en la recopilación de datos, lo que permitió una evaluación rigurosa y confiable de los resultados del estudio. Además, esta ficha de recolección de datos fue revisada cuidadosamente durante el proceso de validación mediante juicio de expertos para garantizar su validez y relevancia en el contexto del estudio en cuestión. (Anexo N° 03)

3.3.2.2. Validez y Confiabilidad: Con el fin de garantizar la validez y la fiabilidad del estudio, se llevó a cabo un proceso de validación mediante juicio de expertos. Este proceso consistió en la revisión crítica del diseño y la metodología del estudio por parte de un panel de expertos en el campo de interés (Anexo N° 03), mostrando un V de Aiken de 0.83 lo que indica que los ítems del cuestionario presentan una buena consistencia interna y miden de manera coherente las características deseadas (Anexo N° 03, Tabla N° 5).

3.3.3. Procedimiento de recolección de datos

3.3.3.1. Solicitud al Hospital Apoyo Iquitos.

Para garantizar la integridad ética y legal del estudio, se llevó a cabo una solicitud formal de autorización al comité de ética del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”. Este proceso se llevó a cabo mediante un documento oficial dirigido al director del comité, y presentó información detallada sobre el propósito y los procedimientos del estudio.

3.3.3.2. Recolección de datos

Para asegurar la precisión y la confiabilidad de los datos, se llevó a cabo una selección cuidadosa de las historias clínicas. Esta selección se basó en el libro de ingresos del servicio de medicina del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”. Para el registro de los datos se utilizó la ficha de recolección de datos rigurosamente diseñada para garantizar la calidad y la uniformidad de los datos recopilados. Este enfoque nos permitió obtener información relevante y precisa para el estudio.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados fueron analizados utilizando el software estadístico SPSS v 22.0. Para presentar la información obtenida, se empleó estadística descriptiva. Las variables cualitativas fueron presentadas a través de tablas de frecuencia y porcentajes, lo que permitió obtener una visión general del conjunto de datos. Esta metodología de análisis estadístico permite garantizar la precisión y la calidad de los resultados obtenidos a partir de la información recolectada.

3.5. Aspectos éticos

El estudio realizado no presentó ningún peligro para la salud de los pacientes, los datos fueron obtenidos directamente de las historias clínicas. Los datos fueron codificados y mantenidos en reserva por parte del investigador. Se cumplieron todos los requisitos éticos necesarios y el estudio fue sometido al comité institucional de ética de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (Anexo N° 04).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Características demográficas de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022.

Tabla 1: Características demográficas de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022.

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
Promedio	4.2 años	
Mediana	2.0 años	
Menor a 1 año	14	20.0%
1 a < 2 años	18	25.7%
2 a 4 años	11	15.7%
5 a 9 años	19	27.1%
≥ 10 años	8	11.4%
Sexo		
Masculino	34	48.6%
Femenino	36	51.4%
Procedencia		
Urbano	50	71.4%
Periurbano	16	22.9%
Rural	4	5.7%
Tiempo de hospitalización		
Promedio	5.2 días	
Mediana	4.0 días	
< 3 días	7	10.0%
3 a < 7 días	45	64.3%
≥ 7 días	18	25.7%

En la Tabla 1 se presentan las características demográficas de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 – 2022. En relación a la edad se observa una edad promedio de 4.2 años y una mediana de 2 años. Respecto a las categorías se observó que el grupo más numeroso corresponde a los pacientes con una edad de 5 a 9 años, con un total de 19 casos, lo que representa el 27.1 % del total de pacientes. A este

grupo le siguen en número los pacientes con una edad de 1 a < 2 años, con 18 casos (25.7%), y los menores de 1 año, con 14 casos (20.0%). Los grupos de edad de 2 a 4 años y aquellos con una edad mayor o igual a 10 años presentaron una frecuencia de 15.7% y 11.4% respectivamente.

En relación al sexo, se observa que los pacientes de sexo femenino constituyen el 51.4% del total de casos, mientras que los pacientes de sexo masculino son 34, representando el 48.6%.

Respecto a la procedencia, la mayoría de los pacientes, 50 en total (71.4%), provienen de áreas urbanas. En comparación, 16 pacientes (22.9%) proceden de áreas periurbanas, y 4 pacientes (5.7%) provienen de áreas rurales.

Respecto al tiempo de hospitalización, se observa un tiempo promedio de 5.2 días y una mediana de 4 días. Respecto a las categorías se observó que 7 pacientes (10.0%) tuvieron una estadía menor a 3 días, 45 pacientes (64.3%) estuvieron hospitalizados de 3 a menos de 7 días, y 18 pacientes (25.7%) tuvieron una estadía en el hospital de 7 días o más.

4.2. Características clínicas de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022.

Tabla 2: Características clínicas de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Causas		
Mordedura	3	4.3%
Odontogénica	1	1.4%
Trauma	27	38.6%
Post Inyección intramuscular	4	5.7%
Infección Preexistente Previa	35	50.0%
Localización		
Cabeza	11	15.7%
Cuello	4	5.7%
Miembro Superior	4	5.7%
Miembro Inferior	48	68.6%
Tórax	2	2.9%
Lumbar	1	1.4%

En la Tabla 2 se presentan las características clínicas de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Apoyo Iquitos durante el período de 2021-2022. La tabla muestra que las causas de la celulitis en estos pacientes son diversas. Un pequeño porcentaje de los casos está relacionado con mordeduras (4.3%) y de causa Odontogénica (1.4%). Se registraron 4 casos (5.7%) de celulitis postinyección intramuscular. El trauma se destaca como una causa principal, con 27 casos, lo que representa el 38.6% del total., y la mayoría de los pacientes, 35 en total (50.0%), presentan celulitis debido a una infección preexistente previa.

En cuanto a la localización de la celulitis, se observa que es variada. La mayoría de los casos se presentan en el miembro inferior, con un total de 48 casos, lo que representa el 68.6% del total de pacientes. La cabeza es la segunda área más afectada, con 11 casos (15.7%). Además, se registran 4 casos (5.7%) en el cuello y el miembro superior. El tórax y la zona lumbar tienen una menor incidencia, con 2 casos (2.9%) y 1 caso (1.4%), respectivamente.

4.3. Esquemas de tratamiento de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022

Tabla 3: Esquemas de tratamiento de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Presenta cultivo		
Si	0	0.0%
No	70	100.0%
Antibioticoterapia durante hospitalización		
Oral	0	0.0%
Endovenosa	70	100.0%
Oxacilina	52	74.3%
Oxacilina + Amikacina	5	7.1%
Oxacilina + Clindamicina	8	11.4%
Oxacilina + Ceftriaxona	1	1.4%
Oxacilina + Gentamicina	1	1.4%
Oxacilina + Ceftriaxona + Amikacina	1	1.4%
Recibe antibioticoterapia al alta		
Si	69	98.6%
Amoxicilina/Ácido Clavulánico	26	37.7%
Dicloxacilina	36	52.2%
Cefalexina	7	10.1%
No	1	1.4%

En la Tabla 3 se presentan los esquemas de tratamiento de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Apoyo Iquitos durante el período de 2021-2022.

Se observa que, en todos los casos analizados, no se realizó el cultivo de la celulitis, lo que representa el 100% de los pacientes.

En cuanto al tipo de antibioticoterapia recibida durante la hospitalización, se observa que todos los pacientes recibieron tratamiento endovenoso (100.0%). El esquema terapéutico más utilizado consistió en la monoterapia con Oxacilina, que se administró a 52 pacientes (74.3%). Además, se observan varios casos en los que se administraron combinaciones de antibióticos, como Oxacilina + Amikacina en 5 pacientes (7.1%), Oxacilina + Clindamicina en 8 pacientes (11.4%), Oxacilina + Ceftriaxona en 1

paciente (1.4%), Oxacilina + Gentamicina en 1 paciente (1.4%), y Oxacilina + Ceftriaxona + Amikacina en 1 paciente (1.4%).

La mayoría de los pacientes, 69 en total (98.6%), recibieron antibioticoterapia al momento del alta. Entre ellos, los tipos de antibióticos prescritos incluyen Amoxicilina/Ácido Clavulánico en 26 casos (37.7%), Dicloxacilina en 36 casos (52.2%) y Cefalexina en 7 casos (10.1%). Solo 1 paciente (1.4%) no recibió antibioterapia al alta.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Las infecciones de piel y tejidos blandos, así como las afecciones gastrointestinales y respiratorias, son patologías comunes en niños y adolescentes, tanto en entornos ambulatorios como hospitalarios. Entre estas afecciones, la celulitis, una infección que afecta la dermis profunda y el tejido subcutáneo, se destaca como una de las principales razones de hospitalización en esta población. Sin embargo, la celulitis plantea un desafío significativo en términos de diagnóstico y manejo, ya que su diagnóstico se basa en la presentación clínica. Este desafío se agrava debido a la diversidad de afecciones con síntomas similares. En este contexto, resulta fundamental abordar con detalle la celulitis en niños y adolescentes, considerando características demográficas, clínicas y terapéuticas.

Se determinaron las características demográficas de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Apoyo Iquitos durante los años 2021 y 2022. La distribución de pacientes con celulitis por grupos de edad es un hallazgo importante en este estudio, se observaron 2 picos en la aparición de casos, los niños con una edad de 1 a < 2 años (25.7%) y de 5 a 9 años (27.1%) representan el grupo más numeroso, lo que sugiere que estos grupos de edad pueden estar particularmente en riesgo de desarrollar celulitis. Respecto a ello Salleo et al, 2018 Australia, describieron una mayor frecuencia en pacientes con una edad menor a 5 años (11). Similar resultado fue observado por Buntsma et al, 2017 Australia, quienes describieron una mayor cantidad de casos en pacientes con una edad de 1 a 4 años (12). Pacheco en un estudio realizado en Arequipa en el 2019, determinó que la mayor cantidad de pacientes presentó una edad de 2 a 5 años (14). A esta edad, el sistema inmunológico se encuentra en desarrollo, lo que los hace más susceptibles a infecciones cutáneas como la celulitis. Además, su naturaleza activa y exploratoria aumenta la probabilidad de sufrir heridas o lesiones en la piel que pueden predisponer a esta infección. Se observó también que los pacientes menores de 1 año constituyen un porcentaje significativo del total, con un 20.0% del total de casos.

En relación al sexo se observó que los pacientes de sexo femenino constituyen el 51.4% del total de casos de celulitis, mientras que los pacientes de sexo masculino representan el 48.6%. En cuanto a esta variable Anosike et al, 2022 Estados Unidos, observaron en una población pediátrica una mayor frecuencia de pacientes de sexo masculino (61.3%) (8). Similar resultado fue descrito por Palomino (2016 Lima), Chand et al (2021 Estados Unidos) y Salleo et al (2018 Australia) quienes también determinaron una mayor cantidad de pacientes del género masculino(3,9,11). Por el contrario Contreras, 2019 Huacho, observó una mayor frecuencia de pacientes del sexo femenino (15). Esta disparidad resalta que en los pacientes pediátricos la diferencia de género en la prevalencia de celulitis es relativamente pequeña. Esta paridad de género es un hallazgo interesante, pues indica que la edad podría no tener un papel destacado en la incidencia de la celulitis en estos niños y adolescentes.

Respecto a la procedencia, los hallazgos demuestran que la mayoría de los casos provienen de áreas urbanas, con un 71.4%. Este resultado corrobora lo encontrado por Pacheco, 2019 Arequipa, quien identificó que la mayor cantidad de casos proceden de zonas urbana con una frecuencia de 92.7% (14). Esto podría estar relacionado con el acceso a la atención médica y la exposición a factores de riesgo en áreas urbanas, como higiene personal deficiente. Así mismo, es relevante observar que un porcentaje considerable de pacientes (22.9%) proceden de áreas periurbanas y, en menor medida, de áreas rurales (5.7%). Esto sugiere que la celulitis es una preocupación en diversos entornos geográficos y resalta la necesidad de intervenciones de salud pública y acceso a la atención médica en áreas menos urbanizadas.

El tiempo de hospitalización es un factor crucial en la atención de pacientes con celulitis. Los datos indican que una proporción significativa de pacientes (64.3%) estuvo hospitalizada durante un período de 3 a menos de 7 días. Los resultados concuerdan con lo expresado por Anosike et al, 2022 Estados Unidos, quienes observaron una estancia hospitalaria promedio de 5.4 días (61.3%) (8), al igual que Pacheco, 2019 Arequipa, quienes observaron que la mayoría de pacientes presentaron una estancia

hospitalaria de 3 a 5 días (14). Sin embargo, contrasta con lo expresado por Chand et al, 2021 Estados Unidos, quienes observaron los pacientes presentaron una estancia hospitalaria promedio de 2.9 días (9). Esta información es relevante para la planificación de recursos hospitalarios y la gestión de la atención a estos pacientes. La distribución de pacientes según la duración de la hospitalización proporciona una visión importante sobre la carga que representa la celulitis en términos de recursos hospitalarios y resalta la necesidad de estrategias de manejo eficientes para diferentes duraciones de estancia hospitalaria.

Respecto a las características clínicas de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Apoyo Iquitos, se observó diversidad de causas, el hecho de que las causas de la celulitis varíen significativamente subraya la complejidad de esta infección cutánea en esta población. Se observó un mayor número de casos debido a una infección cutánea preexistente, lo cual subraya la importancia del seguimiento adecuado de las condiciones dermatológicas en esta población. Sigue en frecuencia las celulitis originadas debido a un trauma, que representa el 38.6% de los casos, siendo particularmente notable. Este hallazgo concuerda con lo expresado por Salleo et al, 2018 Australia, quienes determinaron que las celulitis por trauma representan la segunda causa más frecuente de celulitis con un 21.8 % de frecuencia (11). Por otro lado, aunque en menor cantidad la presencia de casos relacionados con mordeduras y causas odontogénicas también destaca la importancia de la inoculación directa de bacterias en la piel. Además, la celulitis postinyección intramuscular, aunque menos común, señala la necesidad de prácticas seguras de inyección.

Respecto a la localización de la lesión, la ubicación más frecuente de la celulitis fue en los miembros inferiores, que representa el 68.6% de los casos, lo cual puede reflejar la exposición continua de esta área a factores de riesgo potenciales, como lesiones, insectos o condiciones de higiene deficiente. La incidencia de la celulitis en la cabeza como la segunda área más afectada (15.7%) podría estar relacionada con la susceptibilidad de la piel facial a las lesiones y el rascado. Este resultado concuerda con lo

expresado por Contreras, 2019 Huacho, quien observó también que los miembros inferiores fueron la localización más frecuente de celulitis, seguida de la cabeza (15). Sin embargo, este resultado difiere con lo expresado por Chand et al, 2021 Estados Unidos, quienes observaron que la localización más frecuente fue la de cabeza y cuello con un 37.3 % de los casos (9). Un estudio realizado por Pacheco, 2019 Arequipa, identificó que la localización con mayor frecuencia fue cara con 49%, miembros inferiores (31 %) y miembros superiores (14%) (14). La baja incidencia de casos en el tórax y la zona lumbar (2.9% y 1.4%, respectivamente) indica que estas áreas son menos propensas a la celulitis.

Al describir los esquemas de tratamiento de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Apoyo Iquitos durante el período de 2021-2022 se observó en primer lugar que en todos los casos analizados no se ha realizado el cultivo de la celulitis, lo cual es un hallazgo relevante. Esta también es una deficiencia en países desarrollados, Chand et al en un estudio realizado en Estados Unidos (2021) determinó que se tomó el cultivo de la lesión solo en el 37.9 % de los pacientes pediátricos con diagnóstico de celulitis, a pesar de ello, encontraron que el 30.8 % de los cultivos presentó crecimiento de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (9). Similar resultado obtuvieron Salleo et al, 2018 Australia, quienes describieron la presencia de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina en el 32 % de los cultivos (11),

En cuanto al tipo de antibioticoterapia durante la hospitalización, se observó la preferencia por la vía de administración endovenosa en el 100% de los pacientes. Así mismo, se observó un uso predominante de Oxacilina como monoterapia en el 74.3% de los pacientes, lo cual destaca una tendencia hacia una terapia antimicrobiana específica. Además, se describió la administración de combinaciones de antibióticos en un subconjunto de pacientes (25.7 %), como Oxacilina + Amikacina u Oxacilina + Clindamicina. En relación a la frecuencia de uso de la terapia combinada, estos resultados difieren de lo expresado por Pacheco, 2019 Arequipa, quienes observaron que aproximadamente el 68 % de los pacientes pediátricos hospitalizados recibieron más de un antibiótico, siendo las

combinaciones más utilizadas Ceftriaxona + clindamicina, Oxacilina + Clindamicina y Cefotaxima + Clindamicina + metronidazol (14). Similar fue la descripción realizada por Chand et al, 2021 Estados Unidos, quienes observaron que en el 52.2 % de los pacientes pediátricos hospitalizados se utilizó más de un antibiótico endovenoso, describieron además que los antibióticos más utilizados fueron vancomicina, ampicilina/sulbactam y cefazolina (9), así mismo, Salleo et al, 2018 Australia, describieron que el antibiótico usado con mayor frecuencia fue flucloxacilina, ceftriaxona y vancomicina (11), de esta manera se observa en otros países un uso excesivo de la cobertura frente a *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina.

En general, la elección del tratamiento antimicrobiano y la falta de cultivos resaltan la importancia de la evaluación y el seguimiento de las pautas de tratamiento de la celulitis en pacientes pediátricos para garantizar un enfoque efectivo y basado en evidencia en la atención de esta infección.

El análisis de los esquemas de antibioticoterapia al alta revela una práctica consistente en la prescripción de terapia antimicrobiana en la mayoría de los casos, con un 98.6% de los pacientes que recibieron este tratamiento. Lo cual concuerda con lo expresado Chand et al, 2021 Estados Unidos, quienes observaron que en el 94.8 % de los pacientes pediátricos hospitalizados recibieron antibióticos al alta (9).

La elección de los antibióticos prescritos al alta refleja una diversidad de opciones, con Amoxicilina/Ácido Clavulánico, Dicloxacilina y Cefalexina como las terapias más comunes. En relación a ello Pacheco, 2019 Arequipa, describió que la dicloxacilina, cefadroxilo y Amoxicilina/Ácido Clavulánico fueron los antibióticos mayormente usados al alta (14). Chand et al, 2021 Estados Unidos, también describe a la cefalexina como la terapia antibiótica vía oral al alta, además de Amoxicilina/Ácido Clavulánico y Trimetoprima/sulfametoxazol (9). Salleo et al, 2018 Australia, describieron que el antibiótico usado con mayor frecuencia fue cefalexina, Amoxicilina/Ácido Clavulánico (11). Al respecto, Trottier et al, 2022 Canadá, describió el uso de cefalexina en altas dosis demostrando una tasa de éxito

del 89.7% en el tratamiento de celulitis moderada (7). Es importante destacar que en este estudio se observó que solo un paciente (1.4%) no recibió tratamiento antimicrobiano al alta, puesto que tuvo una resolución exitosa de la infección.

En general, el alto porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento antimicrobiano al alta resalta la importancia de garantizar una recuperación completa y prevenir recaídas en pacientes con celulitis. Sin embargo, la elección del antibiótico y la duración del tratamiento deben basarse en una evaluación cuidadosa de cada caso individual y en consideraciones locales de resistencia antimicrobiana. Además, es fundamental promover prácticas de prescripción responsables para minimizar la resistencia a los antibióticos y garantizar un uso adecuado de estos medicamentos en el tratamiento de la celulitis en pacientes pediátricos.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

El grupo etario más afectado fueron los pacientes presentaron una edad de 5 a 9 años, seguido de pacientes de 1 a < 2 años. No se observó mayor diferencia en la frecuencia entre varones y mujeres. La mayor cantidad de pacientes proceden de zonas urbanas y se registró una mayor proporción en pacientes hospitalizados por tiempo de 3 a menos de 7 días.

La mitad de pacientes tuvieron como causa una infección cutánea preexistente, seguido en frecuencia por traumatismos. La localización más frecuente de celulitis fue en el miembro inferior, seguida de la cabeza (15.7 %).

En ningún caso se realizaron cultivos de las lesiones. Todos los pacientes hospitalizados recibieron tratamiento endovenoso. Se observaron diversos esquemas terapéuticos durante la hospitalización, siendo el más utilizado la monoterapia con Oxacilina. Al alta la mayoría de pacientes recibió terapia antibiótica oral, siendo los antibióticos más utilizados la Amoxicilina/Ácido Clavulánico, Dicloxacilina y Cefalexina.

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES

Se recomienda a los padres prestar atención especial a los niños con edades entre 1 a < 2 años y de 5 a 9 años, ya que representan un grupo significativo de pacientes en mayor riesgo, así mismo, los profesionales de la salud deben enfocar esfuerzos preventivos y de tratamiento en estos grupos. Respecto al género, aunque hay una ligera inclinación hacia las pacientes del género femenino, la diferencia en la prevalencia de celulitis entre géneros en pacientes pediátricos es relativamente pequeña. Es fundamental que los esfuerzos de prevención se centren en todos los niños, independientemente de su género.

Se recomienda al personal de salud prestar atención al seguimiento infecciones dermatológicas previas, ya que se observó que es la principal causa de celulitis en esta población. Además, se recomienda a los padres un mayor cuidado de los menores de edad, debido al alto número de casos relacionados con traumatismos. De igual manera, se recomienda capacitar constantemente al personal de salud que brinda el tratamiento, se requiere prácticas seguras de inyección y la importancia de seguir estándares de higiene adecuados en entornos médicos.

Debido a que se observó diversos esquemas de tratamiento, se recomienda a la dirección del Hospital establecer guías de tratamiento claras y basadas en evidencia para estandarizar los protocolos de manejo en esta patología, tanto para el manejo durante la hospitalización como para el alta. Así mismo, la ausencia de cultivos en ninguna de las lesiones representa una oportunidad de mejora, por lo que se recomienda implementar su ejecución en las guías de manejo a plantear.

CAPÍTULO VIII: BIBLIOGRAFIA

1. Brown BD, Hood Watson KL. Cellulitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 20 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549770/>
2. Boettler MA, Kaffenberger BH, Chung CG. Cellulitis: A Review of Current Practice Guidelines and Differentiation from Pseudocellulitis. *Am J Clin Dermatol*. 1 de marzo de 2022;23(2):153-65.
3. Palomino J. Prevalencia de celulitis en el Servicio de Pediatría del Hospital María Auxiliadora desde el año 2009 – año 2014 [Internet] [Tesis para optar el Título de Médico – Cirujano]. [Lima - Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://1library.co/document/q2n45kjq-prevalencia-celulitis-servicio-pediatria-hospital-maria-auxiliadora-ano.html>
4. Moyano et al. Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. *Archivos argentinos de pediatría*. abril de 2014;112(2):183-91.
5. Galli L, Venturini E, Bassi A, Gattinara GC, Chiappini E, Defilippi C, et al. Common Community-acquired Bacterial Skin and Soft-tissue Infections in Children: an Intersociety Consensus on Impetigo, Abscess, and Cellulitis Treatment. *Clin Ther*. marzo de 2019;41(3):532-551.e17.
6. Ren Z, Silverberg JI. Burden, risk factors, and infectious complications of cellulitis and erysipelas in US adults and children in the emergency department setting. *J Am Acad Dermatol*. mayo de 2021;84(5):1496-503.
7. Trottier ED, Farley St-Amand B, Vincent M, Chevalier I, Autmizguine J, Tremblay S, et al. Outpatient management of moderate cellulitis in children using high-dose oral cephalexin. *Paediatr Child Health*. julio de 2022;27(4):213-9.

8. Anosike BI, Ganapathy V, Nakamura MM. Epidemiology and Management of Orbital Cellulitis in Children. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 30 de mayo de 2022;11(5):214-20.
9. Chand S, Rapi R, Gabel CK, Song S, Shah R, El Saleeby C, et al. Clinical features and outcomes for nonabscess cellulitis in hospitalized pediatric patients. *J Am Acad Dermatol.* enero de 2022;86(1):226-9.
10. Ibrahim LF, Hopper SM, Orsini F, Daley AJ, Babl FE, Bryant PA. Efficacy and safety of intravenous ceftriaxone at home versus intravenous flucloxacillin in hospital for children with cellulitis (CHOICE): a single-centre, open-label, randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet Infect Dis.* mayo de 2019;19(5):477-86.
11. Salleo E, MacKay CI, Cannon J, King B, Bowen AC. Cellulitis in children: a retrospective single centre study from Australia. *BMJ Paediatrics Open.* 1 de julio de 2021;5(1):e001130.
12. Buntsma D, Lithgow A, O'Neill E, Palmer D, Morris P, Acworth J, et al. Patterns of paediatric emergency presentations to a tertiary referral centre in the Northern Territory. *Emerg Med Australas.* diciembre de 2017;29(6):678-85.
13. Kam AJ, Leal J, Freedman SB. Pediatric cellulitis: success of emergency department short-course intravenous antibiotics. *Pediatr Emerg Care.* marzo de 2010;26(3):171-6.
14. Pacheco E. Características clínicas, epidemiológicas de celulitis en pacientes pediátricos del Hospital Goyeneche del 2011 al 2017, Arequipa [Internet] [Tesis para optar el Título de Médico – Cirujano]. [Arequipa - Perú]: Universidad Nacional San Agustín; 2020. Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3262453>
15. Contreras K. PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE PARTO EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA, HUANCVELICA 2019. [Internet] [Tesis para obtener el título de profesional de Obstetra]. Universidad

Nacional de Huancavelica; 2021 [citado 5 de febrero de 2022].
Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3441>

16. Correa Avila C. Algunos aspectos clínicos y terapéuticos de las infecciones del tejido celular subcutáneo, servicio de medicina - Hospital III Iquitos EsSalud 2001-2003 [Internet] [Tesis para optar el Título de Médico – Cirujano]. [Iquitos - Perú]: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2004 [citado 5 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/3695>
17. Zhang X, Dang S, Ji F, Shi J, Li Y, Li M, et al. Seasonality of cellulitis: evidence from Google Trends. *IDR*. 3 de mayo de 2018;11:689-93.
18. Rrapi R, Chand S, Kroshinsky D. Cellulitis: A Review of Pathogenesis, Diagnosis, and Management. *Med Clin North Am*. julio de 2021;105(4):723-35.
19. Yadav D. Recent Advances in the Epidemiology of Alcoholic Pancreatitis. *Curr Gastroenterol Rep*. 1 de abril de 2011;13(2):157-65.
20. Quirke M, Ayoub F, McCabe A, Boland F, Smith B, O'Sullivan R, et al. Risk factors for nonpurulent leg cellulitis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. agosto de 2017;177(2):382-94.
21. Sullivan T, de Barra E. Diagnosis and management of cellulitis. *Clin Med (Lond)*. abril de 2018;18(2):160-3.
22. Santer M, Lalonde A, Francis NA, Smart P, Hooper J, Teasdale E, et al. Management of cellulitis: current practice and research questions. *Br J Gen Pract*. diciembre de 2018;68(677):595-6.

ANEXOS

Anexo N° 01: Matriz de consistencia

Título	Planteamiento del problema	Objetivos	Hipótesis	Tipo y Diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento	Instrumento de recolección
<p>CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y ESQUEMAS DE TRATAMIENTO DE CELULITIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS, HOSPITAL APOYO IQUITOS, 2021 - 2022.</p>	<p>¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y esquemas de tratamiento de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las características epidemiológicas, clínicas y esquemas de tratamiento de celulitis en pacientes pediátricos hospitalizados, Hospital Apoyo Iquitos, 2021 - 2022. 	<p>Por la naturaleza descriptiva del estudio, no requiere hipótesis</p>	<p>Descriptivo. Porque se describieron las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de pacientes pediátricos con diagnóstico de celulitis hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos</p> <p>Transversal. Porque se realiza la recolección de datos en un solo momento.</p>	<p>Población: Pacientes pediátricos hospitalizados con diagnóstico de celulitis atendidos en el servicio de pediatría del Hospital Iquitos.</p> <p>Muestra Desde enero del 2021 hasta diciembre del 2022 se atendieron aproximadamente 70 pacientes pediátricos con diagnóstico de celulitis en el servicio de hospitalización del departamento de Pediatría del Hospital Iquitos. El muestreo fue de tipo no probabilístico y por conveniencia ya que se realizó el estudio con todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.</p> <p>a. Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> Historias clínicas de pacientes atendidos con diagnóstico de celulitis por el departamento de Pediatría del Hospital Iquitos. <p>b. Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> Historias clínicas de pacientes atendidos por el departamento de Pediatría del Hospital Iquitos sin diagnóstico de celulitis. Historias clínicas que presenten información incompleta o ilegible. 	<p>Ficha de recolección de datos.</p>

Anexo N° 02: Ficha de recolección de datos

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE
CELULITIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS, HOSPITAL
IQUITOS, 2021-2022.**

La siguiente ficha será completada de los datos registrados en la Historia Clínica, marcar o llenar la alternativa que corresponda:

N° de H.CI: _____ N° FICHA: | 0 | - |__|__|__|

I. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

1.1. ¿Cuál es la edad del paciente?

- < 1 años
- 1 a < 2 años
- 2 a 4 años
- 5 a 9 años
- ≥ 10 años

1.2. ¿Cuál es el sexo del paciente?

- Masculino
- Femenino

1.3. ¿Cuál es la procedencia del paciente?

- Urbano
- Periurbano
- Rural

1.4. ¿Cuántos días estuvo hospitalizado?

- < 3 días
- 3 a < 7 días
- ≥ 7 días

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

2.1. ¿Cuál fue la causa de la celulitis?

- Por Mordedura
- Odontógenas
- Trauma
- Post Inyección intramuscular
- Infección Preexistente Previa

2.2. ¿Cuál fue la localización de la celulitis?

- Cabeza
- Cuello
- Miembros inferiores
- Miembros superiores
- Tórax
- Lumbar

III. CARACTERÍSTICAS TERAPÉUTICAS

3.1. ¿Cuenta con resultado de cultivo?

- No
- Si

3.2. ¿Describir qué vía de administración recibió la terapia antibiótica durante la hospitalización?

- Vía oral
- Endovenoso

3.3. Marcar con una X el (los) antibiótico (s) utilizado (s) durante la hospitalización:

- Oxacilina
- Amikacina
- Clindamicina
- Ceftriaxona
- Vancomicina
- Cefazolina
- Otros. Describir_____

3.4. ¿Recibió terapia antibiótica al alta?

- No
- Si

3.5. Marcar con una X el(los) antibiótico(s) utilizado(s) durante al alta?

- Amoxicilina/Ácido Clavulánico
- Dicloxacilina
- Cefalexina
- Otros. Describir_____
- No recibió antibióticos al alta

Anexo n° 03: Juicio de experto

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS:

- 1.1 Apellidos y Nombre del informante (experto): Rodríguez Ferrucci, Hugo
 1.2 Grado Académico: Superior
 1.3 Profesión: Médico Epidemiólogo
 1.4 Institución donde labora: GERESA
 1.5 Cargo que desempeña: Control epidemiológico
 1.6 Denominación del Instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.7 Autor del Instrumento: Bach. Jessye Cubas Osorio.

II. VALIDACION

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los items del instrumento	Muy Malo	Malo	Regular	Buono	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				✓	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables y relación medibles				✓	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica con los indicadores de la variable				✓	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				✓	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					✓
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de items presentados en el instrumento					✓
SUMATORIA PARCIAL					16	10
SUMATORIA TOTAL						

III. RESULTADOS DE LA VALIDACION

3.1. Valoración total cuantitativa: 26

3.2. Opinión: FAVORABLE DEBE MEJORAR

NO FAVORABLE

3.3. Observaciones:

DR. HUGO RODRIGUEZ FERRUCCI
 MEDICO EPIDEMIOLOGO
 CMP: 026919 - RNE: 020170

FIRMA Y SELLO

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS:

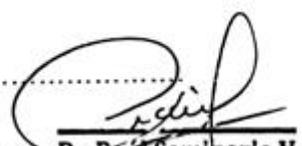
- 1.1 Apellidos y Nombre del informante (experto): Seminario Vilca , Raul
- 1.2 Grado Académico: .. Superior.....
- 1.3 Profesión... Médico Pediatra.....
- 1.4 Institución donde labora. Hospital Regional de Loreto.....
- 1.5 Cargo que desempeña... Jefe del servicio de Pediatría.....
- 1.6 Denominación del Instrumento. Ficha de recolección de datos.....
- 1.7 Autor del Instrumento: Bach. Jessye Cubas Osorio.

II. VALIDACION

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los items del instrumento	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				✓	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables y relación medibles.				✓	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica con los indicadores de la variable.				✓	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				✓	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.					✓
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de items presentados en el instrumento					✓
SUMATORIA PARCIAL					16	10
SUMATORIA TOTAL						

III. RESULTADOS DE LA VALIDACION

- 3.1. Valoración total cuantitativa: 26
- 3.2. Opinión: FAVORABLE..... DEBE MEJORAR.....
- NO FAVORABLE.....
- 3.3. Observaciones..... Ninguna.....


Dr. Raul Seminario V.
MEDICO PEDIATRA
CMP: 33157 RNE: 24207
FIRMA Y SELLO

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS:

- 1.1 Apellidos y Nombre del informante (experto): Ruiz Tello Sergio
 1.2 Grado Académico: Superior.....
 1.3 Profesión... Médica... Pediatra.....
 1.4 Institución donde labora... Hospital Regional de Loreto...
 1.5 Cargo que desempeña... Jefe del Departamento de Pediatría
 1.6 Denominación del Instrumento... Ficha de recolección de datos.
 1.7 Autor del Instrumento: Bach. Jessye Cubas Osorio.

II. VALIDACION

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables y relación medibles.				✓	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica con los indicadores de la variable.				✓	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable.				✓	
5. PERTINECIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.					✓
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					✓
SUMATORIA PARCIAL					16	10
SUMATORIA TOTAL					26	

III. RESULTADOS DE LA VALIDACION

- 3.1. Valoración total cuantitativa: 26.....
 3.2. Opinión: FAVORABLE..... ✓..... DEBE MEJORAR.....
 NO FAVORABLE.....
 3.3. Observaciones..... Ninguna.....

FIRMA  **SELLO**
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
 "Felipe Yriola Iglesias"

 Dr. S. RUIZ TELLO
 C.M.P. R.N.E. 16836
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Tabla 4: Validez de la ficha de recolección de datos mediante la técnica de juicio de experto.

Dimensión	Experto 1	Experto 2	Experto 3	V de Aiken
Claridad	4	4	4	0.75
Objetividad	4	4	4	0.75
Consistencia	4	4	4	0.75
Coherencia	4	4	4	0.75
Pertinencia	5	5	5	1.00
Suficiencia	5	5	5	1.00
V de Aiken Global				0.83

La tabla N° 4 presenta los resultados del estudio de validez de la ficha de recolección de datos mediante la técnica de juicio de experto, con valores de puntuación que varían de 4 a 5 en sus diferentes dimensiones. Los valores de V de Aiken se calcularon para cada dimensión, y en general, indican una buena consistencia interna. Las dimensiones claridad, objetividad, consistencia y coherencia, muestran un V de Aiken de 0.75, lo que sugiere una adecuada coherencia entre los ítems de cada dimensión. Las dimensiones de pertinencia y suficiencia obtienen un V de Aiken de 1.00, lo que indica una consistencia sólida en la medición. En conjunto, el V de Aiken Global es de 0.83, lo que sugiere una buena consistencia interna en la evaluación global de las dimensiones y miden de manera coherente las características deseadas.

Anexo N° 04: Comité Institucional de Ética de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana



 **UNAP**
Universidad Nacional de la Amazonía Peruana

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN-(CIEI)

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

DICTAMEN DE EVALUACIÓN N° 066-2023-CIEI-VRINV-UNAP

Iquitos, 15 de agosto de 2023

Bachiller **JESSYE CUBAS OSORIO**
Investigadora Tesista – Facultad de Medicina Humana

TÍTULO DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN: **"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y ESQUEMAS DE MANEJO DE CELULITIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS, HOSPITAL APOYO IQUITOS, 2021-2022"**; recepcionado el 4 de agosto de 2023.

Código asignado por el Comité:

Le informo que el proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité obteniendo los resultados que se describen a continuación:

	N° Y FECHA VERSIÓN	DECISIÓN
PROTOCOLO	PI-066-15/08/23-CIEI-UNAP	(1)
CONSENTIMIENTO INFORMADO	-----	-----

Se concluye que:
Ha sido **APROBADO SIN MODIFICACIONES EN EL PROTOCOLO (1)**.

Este protocolo tiene vigencia del 15/08/2023 hasta 15/02/2024, por un periodo de 6 meses.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (CIEI-UNAP), un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia.

El Comité dispone de un formato estándar que podrá usarse al efecto, ubicanos al correo electrónico: comite_etica@unapiquitos.edu.pe.

OBSERVACIONES AL PROTOCOLO

1. El Plan de Investigación, titulado: **"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y ESQUEMAS DE MANEJO DE CELULITIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS, HOSPITAL APOYO IQUITOS, 2021-2022"**; fue Aprobado sin Modificación en el Protocolo con valoración (1), sin ninguna observación.

Calle Nauta N° 555, Distrito de Iquitos – Provincia de Maynas – Departamento de Loreto
<http://www.unapiquitos.edu.pe> – E mail: comite_etica@unapiquitos.edu.pe
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN



UNAP

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE
ÉTICA EN INVESTIGACIÓN-(CIEI)**

OBSERVACIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. No aplicable al Proyecto de Investigación, titulado: **"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y ESQUEMAS DE MANEJO DE CELULITIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS, HOSPITAL APOYO IQUITOS, 2021-2022"**; por ser un estudio de expedientes de recolección de datos, no requiere de un consentimiento informado.

CONCLUSIÓN

- Los Miembros del CIEI-UNAP manifiestan no tener conflictos de interés para evaluar el estudio.
- Estudio de mínimo de riesgo.
- Se **autoriza su ejecución**.

Atentamente,


HERMANN FEDERICO SILVA DELGADO
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación – UNAP



Nota:

- La Tasa por Servicio de Evaluación del CIEI-UNAP, se realizó por cien y uno con 00/100 soles (S/. 101.00) con el Voucher N° 333800046, efectuado en el Banco de la Nación.

C.c.: Interesada, Archivo.

Uliveth

Calle Nauta N° 555, Distrito de Iquitos – Provincia de Maynas – Departamento de Loreto
<http://www.unapiquitos.edu.pe> – E mail: comite_etica@unapiquitos.edu.pe
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN