



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLIVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-02-29

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. YOSAIDA URIEPERO Prof. ANA SANTOS y Prof. MONICA GOMEZ, Reunidos en: el Salon "Joaquín"

Quirófila

a la hora: 10pm

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

CELULITIS BACTERIANA EN MENORES DE 10 AÑOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES DR. HECTOR NOUEL JOUBERT. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.

Del Bachiller **GONZALEZ FUENTES SANDY DELVALLE** C.I.: 24856309, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	<input checked="" type="checkbox"/> APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	----------	---	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 6 días del mes de Marzo de 2024

Prof. YOSAIDA URIEPERO
 Miembro Tutor

Prof. ANA SANTOS
 Miembro Principal

Prof. MONICA GOMEZ
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-02-29

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. YOSAIDA URIEPERO Prof. ANA SANTOS y Prof. MONICA GOMEZ, Reunidos en: el Salon "Dra Placitas"

Amiraga

a la hora: 1 pm

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

CELULITIS BACTERIANA EN MENORES DE 10 AÑOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES DR. HECTOR NOUEL JOUBERT. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.

Del Bachiller **GUERRA GUTIERREZ ALEXANDRA JOSEFINA** C.I.: 26139232, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO <input checked="" type="checkbox"/>	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	--	-----------------------------	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 6 días del mes de Marzo de 2024

Yosaida Uriepero
Prof. YOSAIDA URIEPERO
 Miembro Tutor

Ana Santos
Prof. ANA SANTOS
 Miembro Principal

Monica Gomez
Prof. MONICA GOMEZ
 Miembro Principal

Ivan Amaya Rodriguez
Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador Comisión Trabajos de Grado



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez c/o Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela, Teléfono (0285) 6324976



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

**CELULITIS BACTERIANA EN MENORES DE 10 AÑOS. SERVICIO
DE PEDIATRÍA. INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS
SOCIALES DR. HECTOR NOUEL JOUBERT. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO
BOLÍVAR.**

Tutor académico:

Dra. Yosaida Uriepero

Trabajo de Grado Presentado por:

Br: González Fuentes, Sandy Delvalle

C.I: 24.856.309

Br: Guerra Gutiérrez, Alexandra Josefina

C.I: 26.139.232

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, Marzo Del 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	viii
RESUMEN.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS.....	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos.....	15
METODOLOGÍA.....	16
Tipo de estudio.....	16
Universo.....	16
Muestra.....	16
Criterios de inclusión.....	16
Criterios de exclusión.....	16
Variables.....	17
Procedimiento para la recolección de datos.....	17
Presentación de resultados.....	17
RESULTADOS.....	18
Tabla 1.....	20
Tabla 2.....	21
Tabla 3.....	22
Tabla 4.....	23
Tabla 5.....	24
Tabla 6.....	25
DISCUSIÓN.....	26

CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
APÉNDICES	37
Apéndice A	38
Apéndice B	39
Apéndice C	40

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, doy gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor en cada momento de mi carrera.

A mi madre, Miraida Fuentes, por enseñarme que con esfuerzo y constancia puedo lograr todo lo que me proponga.

A mi padre, Carlos González, que me ha brindado todo el apoyo para cumplir este sueño.

Agradezco especialmente a la Dra. Yosaida Uriepero, tutor de tesis, por su valioso asesoramiento a la realización de la misma.

A la Universidad de Oriente, por abrirme las puertas y permitirme formarme profesionalmente.

A mi compañera de tesis, por brindarme su amistad y siempre estar presente.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

¡A todos gracias!

—*Sandy González*

AGRADECIMIENTOS

Gracias Dios, por permitirme esta vida, porque bien que, si ha tenido sus altas y bajas, me has guiado y cuidado, siendo el principal guía en todo momento y cubriéndome con tu sagrado manto ante toda adversidad.

Agradezco a mis padres, por soltarme en este camino llamado vida pero que siempre están a mi lado por si tambaleo y seguir adelante, guías incondicionales, en palabras no explico todo el enorme agradecimiento que siento por ustedes y solo pido a Dios que me abunde de mucha dicha para poder retribuírselas.

A mi hermana Mirxis Guerra, porque a pesar de que somos polos opuestos, ha estado ahí para hacerme reír, protegerme y demostrarme que no solo la sangre nos une, sino el amor incondicional que nos tenemos.

No se puede dejar de agradecer a mi hermano y compañera de tesis, que aparte de paciencia y cabe destacar que ha sido mucha, me han apoyado en todo momento y que, a pesar de mis equivocaciones, han estado ahí para que siga sin importar que.

Agradezco a mis demás familiares, amigos, personas importantes, personal que colaboró con la realización de este trabajo de grado, a la Universidad De Oriente, por estar presente en mi vida, y que han aportado algo significativo, en la realización de este camino llamado vida.

Gracias, muchas gracias, sin ninguno de ustedes mi vida no hubiese sido magnífica como ha sido hasta los momentos, porque hasta de lo malo se obtiene algo bueno.

—*Alexandra Guerra*

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios que me ha guiado en mis momentos de dudas.

A mis padres, ustedes han sido quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba.

Un sincero agradecimiento a mis amigos María, Douglas, Thaibelis, Verónica y Yasmin que estuvieron conmigo en todo momento durante este largo camino. Cada uno de ustedes ha contribuido a mi fortaleza y ánimo de una manera u otra. Gracias por ser mi equipo de apoyo moral.

A mí querida amiga Stefanny, que a pesar de la distancia me ha motivado a seguir mis sueños.

Y a todas aquellas personas que me ha acompañado en este camino de desarrollo profesional.

—*Sandy González*

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada primeramente a Dios padre todo poderoso, por brindarme sobre todo fortaleza y paciencia en el camino que tomo de la medicina, por cuidarme, protegerme, darme sabiduría, y que siempre me cubra de muchas bendiciones.

A mi amada madre, la que ha guerreado conmigo en todo momento y siempre lo hará, porque madre solo hay una y si volviese a tener otra vida, la traería conmigo. A mi padre por apoyarme y aconsejarme en los momentos oportunos de mi vida.

A mi abuela Luz Pacheco, siempre brindándome sus cuidados y un amor incondicional, gracias mama luz por todo, por enseñarme que existe otra madre para mí. A mis abuelos Ana Guerra y Jesús Guerra (Mis ángeles) que, aunque no se encuentren aquí conmigo, me guiaron en el principio de mi vida y ahora me cuidan desde los cielos.

A mis hermanos por guiarme y orientarme, por enseñarme que no importa que tanto pueda caer, hay una vida entera para levantarse y recorrerla.

A mis sobrinos, abuelos, tíos, primos, amigos y personas que se han cruzado en mi vida, que han dejado una huella significativa en ella, me han enseñado lo hermoso que es vivir, y que en este mundo vinimos a ser felices, que no hay obstáculo mediante el cual pueda quitarme la felicidad, solo se debe seguir adelante, sin hacer daño a nadie.

—*Alexandra Guerra*

CELULITIS BACTERIANA EN MENORES DE 10 AÑOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES DR. HECTOR NOUEL JOUBERT. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.

Departamento de Medicina

González Fuentes, Sandy Del valle; Guerra Gutiérrez, Alexandra Josefina.

RESUMEN

Introducción: La celulitis es una infección bacteriana aguda de la piel y el tejido subcutáneo causada, la mayoría de los casos, por las bacterias estreptococos o estafilococos. Los síntomas y signos incluyen dolor, calor, edema, eritema cuya propagación es rápida. Puede existir presencia de fiebre y los ganglios linfáticos regionales pueden aumentar de tamaño en infecciones más graves. El diagnóstico es clínico; los cultivos pueden ayudar, pero el tratamiento con antibióticos no debe posponerse en espera de los resultados. El pronóstico es excelente con el tratamiento oportuno de las lesiones. Objetivo: determinar el número de casos de Celulitis Bacteriana en pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Hospital “Dr. Héctor Nouel Joubert” durante el periodo 2010-2020. Metodología: el estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo, de campo, no experimental. Muestra: estuvo constituida por 617 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del presente estudio. Resultados: se registró una media de edad de 3,36 años con una desviación típica de $\pm 2,97$ años. El grupo etario predominante fue el 1-2 años representando un tercio de la muestra. El sexo masculino fue el representativo con más de la mitad de los casos. El año con mayor morbilidad fue el 2015, con una quinta parte del total de casos. Los meses con mayor morbilidad correspondieron marzo y mayo. El sitio de localización más frecuente fueron los miembros inferiores, en más de una cuarta parte de los casos. Los antibióticos más usados fueron la oxacilina y la amikacina. Más de la mitad de los pacientes reportaron desconocer la causa de la celulitis. Las complicaciones registradas fueron la estafilococcemia y la osteomielitis. Conclusión: se determinó que el número de casos de celulitis bacteriana en pacientes durante el periodo de estudio fue de 617 pacientes hospitalizados menores de 10 años.

Palabras claves: Frecuencia, Celulitis bacteriana, Pediatría.

INTRODUCCIÓN

El estado de salud de los pobladores de un país o nación está cercanamente relacionada a muchas variables tales como: el nivel de desarrollo socio-económico, la estructuración por género, grupo etario, el nivel de ingreso y el grado de participación política. El desarrollo y evolución acelerada de las sociedades ha traído con ello, cambios importantes no solo en términos políticos, tecnológicos, etc., sino también en términos de los problemas de salud que afectan a la población. (López. P, Cándido. M; 2007)

La celulitis es una infección bacteriana aguda de la piel y el tejido subcutáneo causada, la mayoría de los casos, por las bacterias estreptococos o estafilococos. Los síntomas y signos incluyen dolor, calor, edema, eritema cuya propagación es rápida. Puede existir presencia de fiebre y los ganglios linfáticos regionales pueden aumentar de tamaño en infecciones más graves. El diagnóstico es clínico; los cultivos pueden ayudar, pero el tratamiento con antibióticos no debe posponerse en espera de los resultados. El pronóstico es excelente con el tratamiento oportuno de las lesiones. (Rehmus, 2021)

En ocasiones aparece como un área roja y edematizada que se siente caliente y de gran sensibilidad al tacto. El enrojecimiento e hinchazón pueden propagarse en forma rápida. Es frecuente que afecte la piel de las pantorrillas, sin embargo, la infección es factible que ocurra en cualquier lugar del cuerpo o cara del individuo. Usualmente se manifiesta en la superficie de la piel, pero también puede dañar los tejidos interiores. La infección puede llegar a propagarse a los ganglios linfáticos y el torrente sanguíneo. (Sullivan, 2020)

Otra definición es la de una enfermedad infecciosa de la piel, aguda y progresiva, que afecta la dermis y el tejido subcutáneo. Aparece más frecuentemente entre personas de mediana edad y adultos mayores. Por otro lado, en el ámbito de la Pediatría, entre las infecciones de piel y tejidos blandos, es la infección más frecuente por su fácil diseminación y frecuencia con la que los pacientes presentan las lesiones en piel. Recientemente se ha observado un incremento de la incidencia de infecciones en piel y partes blandas producidas por estafilococos aureus meticilino resistente, que se presentan en la comunidad, especialmente en pacientes pediátricos, sin presentar factores de riesgos asociados. Esta incidencia es más elevada en América, mientras que en Europa y España es menor. (Calero Espinoza, 2019)

Los agentes etiológicos más frecuentes de la celulitis son el *Streptococcus pyogenes* y el *Staphylococcus aureus*. En esta infección la barrera cutánea generalmente está comprometida. Cabe destacar que, las celulitis no solo están causadas por cocos gram positivos, las mordeduras de animales también pueden causarlas y a menudo son polimicrobianas; por gérmenes como *Pasteurella multocida*, la cual está implicada en las mordeduras de gatos, y las especies *Pasteurella* o *Capnocytophaga* son a menudo responsables en las mordeduras de perros. Los pacientes inmunocomprometidos pueden ser infectados por microorganismos oportunistas, incluyendo bacterias gram negativas (como *Proteus*, *Serratia*, *Enterobacter* o *Citrobacter*), bacterias anaerobias, especies de *Helicobacter* y especies de *Fusarium*. Rara vez las micobacterias pueden causar celulitis. (Rehmus, 2021)

Excepcionalmente, la causa de la celulitis es una bacteriemia. La celulitis de extremidades inferiores (una de las más comunes) suele estar causada por bacterias del género *Streptococcus*, sobre todo del grupo G y A, que representan entre el 75 y el 80% de los casos. El *Staphylococcus aureus* es menos frecuente y solo se encuentra en el 10% de los casos. Estos datos se basan en estudios heterogéneos sobre la microbiología de la celulitis. Estas bacterias se encargan de producir varias toxinas,

como la estreptocinasa y ADNsa B, que producen una marcada reacción inflamatoria. Son pocos los casos causados por infección simultánea de los anteriores, por gram negativos o por Enterococcus. (Ortiz-Lazo et. al, 2019)

En niños con celulitis periorbitaria-orbitaria, en recién nacidos y menores de 3 meses, se debe sospechar de Streptococcus betahemolítico grupo B; en menores de 5 años, Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae; y en mayores de 5 años, Staphylococcus aureus y Streptococcus betahemolítico del grupo A. En niños con celulitis perianal se debe sospechar de Streptococcus betahemolítico del grupo A. (Ortiz-Lazo et. al, 2019)

El primer paso para presentar una infección por Streptococcus pyogenes, es la adherencia a células epiteliales gracias a la unión con fibronectina a través de proteínas de unión de fibronectina (Fn-binding). Además, las proteínas M son un grupo de proteínas adhesinas que se pueden anclar a una amplia gama de células; a su vez, funciona como un factor antifagocítico al impedir la maduración del fagosoma. Diversos estudios han demostrado que Streptococcus pyogenes al invadir una célula, puede inactivar el complemento.

Esta bacteria cuenta con proteasas extracelulares como la exotoxina pirógena estreptocócica tipo B (SpeB) la cual además de ser proteasa, se comporta como un superantígeno capaz de degradar el C3b en el suero humano además de inmunoglobulinas (IgG) y citosinas. Una vez dentro de la célula y al haber inhibido al sistema inmune del huésped, continúa el proceso de patogénesis mediante la secreción de sus toxinas y otras enzimas entre las cuales cabe resaltar: la estreptocinasa, enzima proteolítica que transforma el plasminógeno a plasmina; de esta forma, propicia un estado anticoagulante; la hialuronidasa, que degrada el ácido hialurónico del tejido conectivo, la estreptolisina O que es una citolisina dependiente

de colesterol, la cual forma poros en las membranas celulares e inhibe la maduración de los autofagosomas y con ello la fagocitosis. (Rodríguez y Azúa, 2021)

Entre los factores de riesgo están incluidas las anomalías de la piel (traumatismos, ulceración, infección micótica y otras alteraciones de la barrera cutánea) debidas a enfermedades cutáneas subyacentes, las cuales son frecuentes en pacientes con insuficiencia venosa crónica o linfedema. Las cicatrices por eliminación de la vena safena por cirugía cardíaca o vascular, son lugares en que se presenta muy a menudo la celulitis recurrente, sobre todo si coexiste con una tiña del pie. A menudo no se observa una enfermedad predisponente o un sitio de entrada. (Rehmus, 2021)

Entre los factores de riesgo asociados para infectarse por celulitis, se encuentran las picaduras y mordeduras de insectos, animales o humanos, lesión o trauma con escoriación de la piel (heridas cutáneas), antecedentes de enfermedad vascular periférica, Diabetes mellitus, procedimientos cardiovasculares, pulmonares o dentales reciente, uso de tratamiento inmunosupresor o corticoesteroides. La causa con mayor frecuencia de celulitis es el trauma, le siguen las lesiones debido a úlceras o fisuras en la piel. También las mordeduras por humanos o animales pueden producir celulitis a causa de la flora bacteriana presente, tanto en la piel como en la mucosa oral. Raramente, las celulitis pueden ser debido a la diseminación de una osteomielitis subyacente u ocasionada por una bacteriemia. (Acosta-Gualandri, 2010)

Los síntomas de la celulitis incluyen dolor y sensibilidad en el área afectada, enrojecimiento de la piel, irritación o una erupción que crece rápidamente, piel estirada, brillante y edematizada, sensación de calor en el área afectada, absceso con pus y fiebre. Los síntomas más graves de la celulitis incluyen: temblores; escalofríos; sensación de malestar; fatiga; mareos; aturdimiento; dolores musculares; calor y

sudoración. Además, síntomas como estos podrían significar que la celulitis se está propagando: somnolencia; letargo; ampollas; estrías rojas. (Sullivan, 2020)

La infección es más frecuente en los miembros inferiores. Los descubrimientos más importantes son el eritema y el dolor local. La piel se muestra roja, caliente y edematosa, a menudo la superficie cutánea tiene el aspecto de piel de naranja. Los bordes suelen ser difusos, excepto en las erisipelas. Las petequias son frecuentes; pero es raro observar grandes áreas de equimosis. Pueden observarse vesículas y ampollas que se rompen, en ocasiones con necrosis de la piel comprometida. En su mayoría las celulitis no son purulentas y la leucocitosis es frecuente. La celulitis con rápida propagación de la infección, aumento del dolor, hipotensión, delirio, o descamación de la piel, en particular con ampollas y fiebre, sugiere infección potencialmente mortal. (Rehmus, 2021)

En la celulitis se puede observar una afectación comprometida de la dermis reticular y la hipodermis, también puede generarse daño linfático permanente. El área afectada es caracterizada por aumento de la temperatura, edema, dolor y eritema con bordes irregulares, pero también se ha evidenciado que puede respetar áreas de piel en un patrón impredecible. Es factible que aparezcan ampollas, ampollas hemorrágicas y pústulas, que pueden evolucionar a úlceras o coalescencias, formando lagos de supuración superficial. Algunos pacientes pueden presentar síntomas sistémicos, probablemente secundarios a la respuesta inflamatoria e inmunológica ante las toxinas estreptocócicas. Pocos desarrollan sepsis severa, gangrena local o fascitis necrotizante. En la práctica clínica, no es fácil distinguir la erisipela de la celulitis, e incluso pueden coexistir ambos procesos. Algunos profesionales, sobre todo en Europa, consideran que el término de celulitis incluye a las erisipelas. (Ortiz-Lazo et. al, 2019)

El inicio de la celulitis comienza en un área reducida de la piel, hinchada y muy sensible al tacto, se enrojece y se torna caliente. Al extenderse el área, la persona puede empezar a sentirse enferma, tener fiebre y, en ocasiones, escalofríos y sudores. A veces inflamación de los ganglios linfáticos cerca del área de la piel infectada. El tiempo que tardan en aparecer los síntomas es variado y depende de cuál sea el agente etiológico que cause la infección. Por ejemplo, en una celulitis causada por la *Pasteurella multocida*, que suele encontrarse en las mordeduras de animales, pueden producirse síntomas en menos de 24 horas desde el momento de la mordedura. Al contrario de las celulitis causadas por otros tipos de bacterias cuyos síntomas tardan varios días en aparecer. (Escoto,2019)

El fundamento del diagnóstico es netamente clínico. El conteo de glóbulos blancos, VSG y PCR por lo general se encuentran elevados, pero ante un valor normal, no descarta el diagnóstico. Los hemocultivos son positivos en menos del 5% de los casos y se deben solicitar solo en aquellos pacientes que presenten toxicidad sistémica, inmunosupresión o enfermedad muy extensa. Infecciones purulentas como pústulas y abscesos deben ser drenados y cultivados. Otra aproximación para determinar la causa es la detección de la respuesta inmunológica sistémica a los antígenos del *Streptococcus* (A, C y G) a través de la detección de anticuerpos antiestreptolisina O, antidesoxirribonucleasa B y antihialuronidasa; de la cual se encuentra evidencia de infección estreptocócica reciente hasta en el 70% de los casos de celulitis de miembros inferiores. (Ortiz-Lazo et. al, 2019)

El diagnóstico de celulitis básicamente se realiza mediante el examen físico. La dermatitis de contacto y la dermatitis de estasis a menudo suelen diagnosticarse erróneamente como celulitis, lo que conduce a un sobretatamiento. Los cultivos de piel y de heridas (cuando existen) raramente se indican en el diagnóstico de la celulitis debido a que, en pocas ocasiones, se puede identificar el microorganismo causal. Los hemocultivos son útiles en los pacientes inmunocomprometidos y en los

pacientes con signos de infección sistémica (por ejemplo, fiebre y leucocitosis) para detectar o excluir una bacteriemia. El cultivo del tejido comprometido puede ser necesario en pacientes inmunocomprometidos que no responden al tratamiento empírico, o si no es posible aislar el microorganismo en el hemocultivo, así como para los pacientes con celulitis en el sitio de ciertas lesiones (por ejemplo, heridas por mordedura de animal, lesiones penetrantes). (Rehmus, 2021)

En la actualidad, debido el aumento del número de casos por SAMR, se sugiere realizar una punción-aspiración de la lesión para así obtener material para cultivo al momento del ingreso del paciente. El cultivo de la lesión por punción-aspiración tiene una utilidad del 10 al 30%. Se deben llevar a cabo hemocultivos en lactantes menores de 6 meses, en pacientes con compromiso del estado general, huéspedes inmunocomprometidos y en caso de celulitis periorbitaria sin puerta de entrada cutánea. Se debe realizar diagnóstico diferencial en dermatitis por contacto, picaduras de insecto con reacción inflamatoria a nivel local, reacciones adversas a drogas, celulitis eosinofílica, síndrome de Sweet, gota, fiebre mediterránea familiar, carcinoma erisipelatoide, linfedema, paniculitis, linfomas, leucemias, eritema nodoso. La celulitis puede complicarse con bacteriemia, neumonía, supuración pleuropulmonar, artritis, osteomielitis y, aproximadamente en un 5% de los casos, con shock séptico. (Mayano et. al, 2014)

El uso de antibióticos es el tratamiento elegido, y la selección del mismo se fundamenta en la presencia o ausencia de purulencia y otros factores de riesgo de infección grave y/o resistente. Comúnmente, los tratamientos no son administrados durante un intervalo fijo, sino que se continúan hasta que exista una respuesta clínica satisfactoria, pero generalmente durante no menos de 1 semana. La inmovilización y la elevación del área afectada ayudan a disminuir el edema; los apósitos fríos y húmedos alivian el malestar local. Para la mayoría de los pacientes con celulitis no

purulenta, la terapia empírica es efectiva contra los estreptococos del grupo A y el *Staphylococcus aureus*. (Rehmus, 2021)

Se debe delimitar claramente la zona con celulitis y observarla diariamente, para de este modo evaluar su progresión o regresión a fin de determinar la eficacia del tratamiento con antibióticos (ATB). Sin embargo, aún no se tiene la certeza de cuál es la opción antibiótica óptima, ni la duración del tratamiento. Algunas recomendaciones todavía aconsejan el uso de la amoxicilina o flucloxacilina para la mayoría de los casos de celulitis causados por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*, o cuando no se ha identificado el germen. (Phoenix et. al, 2012)

Un paciente con celulitis leve causada por mordeduras de mamíferos puede ser tratado en forma ambulatoria con amoxicilina/ácido clavulánico 875mg por vía oral cada 12 horas. La celulitis recurrente puede ocurrir en pacientes con factores de riesgo como tiña del pie, obesidad, insuficiencia venosa, edema y dermatitis atópica. Estos trastornos deben identificarse y tratarse para disminuir la probabilidad de celulitis recurrente. (Rehmus, 2021)

El profesional médico debe tener en cuenta el aumento del *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) extrahospitalario. Un estudio publicado en el 2012 por Phoenix, Das y Joshi titulado “Diagnóstico y tratamiento de celulitis” concluyó que, para estas bacterias, la doxiciclina y minociclina fueron eficaces en el 95% de los pacientes. La clindamicina también es eficaz en el tratamiento, con sensibilidad de hasta el 93% de las cepas aisladas. Sin embargo, la resistencia es frecuente y es asociada con casos de *Clostridium difficile*, por lo que ante la aparición de diarrea debe ser suspendida. En los pacientes con celulitis grave que requirieron ser hospitalizados, el linezolid y la vancomicina fueron eficaces. (Phoenix et. al, 2012)

Con el tratamiento antibiótico, los patógenos mueren rápidamente, liberando toxinas y enzimas que serían responsables del aparente empeoramiento clínico inicial caracterizado por mayor inflamación cutánea y fiebre, lo que no debe confundirse con fallo del tratamiento. Se suele observar mejoría clínica en las primeras 24-48hrs y hasta 72hrs después de haber iniciado el tratamiento antibiótico. Los recién nacidos y menores de 5 años, quienes presentan más frecuentemente celulitis periorbitaria y orbitaria, en general requieren hospitalización y terapia intravenosa. Las medidas a tomar que se deben tener en cuenta en el tratamiento de la celulitis son los factores predisponentes, la elevación del área afectada y la hidratación de la piel. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como el ibuprofeno de 400mg, así como corticoides como la prednisolona por 8 días son usados para ayudar a una resolución más rápida y una menor duración de la hospitalización sea este el caso. (Ortiz-Lazo et. al, 2019)

En el año 2001 Michelena y Asti, realizaron un estudio titulado “Celulitis graves en la edad pediátrica” en Montevideo Uruguay, el objetivo fue realizar un análisis a los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidado Intensivo de Niños (UCIN) del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) en Montevideo, en un período de 10 años. Se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas de 33 pacientes asistidos en el CHPR con celulitis grave (CG) entre marzo de 1991 y marzo de 2001. En la investigación se estudiaron los casos de 19 varones y 14 niñas. El rango de edades fue de 4 días a 14 años, con una media de 2,4 años. Todos presentaron proceso infeccioso grave con necrosis cutánea y del tejido celular. Predominaron en miembros, abdomen y pelvis. El 93% presentó síndrome toxiinfeccioso grave. El germen predominante fue el *Staphylococcus aureus*. (Michelena y Asti, 2001)

En un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, realizado en Bogotá Colombia por Grandas y Velásquez, titulado “Prevalencia de celulitis odontogénica

en pacientes de 0 a 18 años que asistieron a la Fundación HOMI - Hospital de la Misericordia de Bogotá entre febrero de 2009 a febrero de 2011” se censaron 502 historias clínicas, con una muestra de 188 historias clínicas. La prevalencia de celulitis odontogénica fue del 37.45%. El grupo de edad más afectado fue el de 3-5 años con un 42.55%, predominó el género masculino en un 59.04%. La causa más frecuente fue la endodóntica con un 76%, el espacio anatómico con mayor compromiso en la región facial superior fue el párpado inferior con un 30% de los casos. La conclusión fue que la celulitis odontogénica se presentó en el 37.45% de las remisiones a Estomatología Pediátrica desde el servicio de urgencias de la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia. (Grandas y Velásquez, 2012)

En el área integral de salud comunitaria Cerros de Marín, del municipio Maracaibo, Estado Zulia, se realizó un estudio publicado en el 2012 por Domínguez, Machín, Paredes y Rosete denominado “Comportamiento de la celulitis cervical-facial en una comunidad venezolana” de carácter descriptivo, longitudinal y prospectivo con 87 pacientes con edades comprendidas entre 0-60 años y más, durante el tiempo comprendido entre mayo y septiembre del 2009. Una vez establecido el diagnóstico se analizó el comportamiento de la celulitis cérvico-facial con atención a la edad, sexo, etiología, regiones anatómicas más afectadas y la sintomatología más frecuente. La data fue procesada a través del método de estadística descriptiva. Se concluyó que el sexo más afectado por la celulitis de origen dental fue el masculino entre los 35 y 59 años, y que los síntomas más frecuentes fueron el edema y el dolor, expresados en las regiones músculo masetero y submandibulares. (Domínguez Guerra et. al, 2012)

En un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal realizado por Contreras y Soyago en el 2017 titulado “Infecciones en niños por *Staphylococcus aureus* adquiridas en la comunidad: análisis clínico y susceptibilidad antimicrobiana” en el Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro de Caracas, en el periodo comprendido entre

enero 2013 diciembre 2015, se observaron 90 pacientes con infecciones por *Staphylococcus aureus* corroborado bacteriológicamente, hallándose que la patología más frecuente fue el absceso, en el 75,6 %, seguidamente de la celulitis con 10%, en cuanto al sexo 52,2% fueron niñas y 47,8% niños, la combinación de antibióticos que tuvo mayor frecuencia en cuanto al tratamiento inicial fue oxacilina más amikacina con 45,6 %, 4,4% presentaron complicaciones, y no se evidenció mortalidad. Se concluyó que las infecciones por *Staphylococcus aureus* más frecuentes fueron: abscesos. Se observó alta sensibilidad de *Staphylococcus aureus* a clindamicina. (Contreras y Sayago, 2016)

En una investigación realizada por Zambrano, Rondón y Guerra en el Servicio de Infectología Pediátrica del Hospital Universitario de Caracas, durante el periodo 2006-2014, denominada “Diente más afectado por la celulitis facial de origen odontogénico en niños venezolanos”; se tomó una muestra no probabilística a conveniencia, la cual quedó conformada por 310 niños quienes cumplieron los criterios de inclusión de la investigación. Los resultados mostraron la prevalencia de celulitis facial de origen odontogénico fue del 5,27% con respecto a la muestra total. El segundo molar primario fue el diente más afectado con una frecuencia del 49,5%. Se concluyó que la prevalencia de celulitis facial de origen odontogénico en comparación con otras infecciones que requieren hospitalización fue baja, el género masculino fue el más afectado, el rango de edad más involucrado con la entidad se ubicó entre los 4 y 6 años. (Zambrano et. al, 2016)

En un estudio realizado por Palomino en el 2016 titulado “Prevalencia de celulitis en el Servicio de Pediatría del Hospital María Auxiliadora desde el año 2009 – 2014” se determinó que la prevalencia de casos de celulitis en niños hospitalizados fue del 2.62%. Además, se evidenció que no hubo una diferencia marcada en relación a los años de estudio, observándose el porcentaje más alto en el año 2013 con 3.42%. En relación al sexo, se observó que predominó el sexo masculino. En cuanto a edad,

el mayor porcentaje de casos correspondió al grupo de preescolares, con 36.04% de los casos, seguidos por lactantes, que representan el 25%. Respecto al tipo de celulitis, las celulitis de otras partes de los miembros predominaron con el 26.16% de los casos, seguida de las celulitis en cara con 23.83%. Por último, respecto a las características clínicas, se encontró en mayor proporción los casos de celulitis no purulentas (77.90%), continuando con las purulentas que representaron el 18.60%, y las Celulitis Abscedadas con 3.50%. (Palomino 2016)

En el estudio de Más, M., Tórtora, S., Morosini, F. et. al., realizado en Uruguay en el 2018 denominado “Infecciones de piel y partes blandas tratadas de forma ambulatoria en un hospital pediátrico en Uruguay luego de diez años de la epidemia de SAMR”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) y su sensibilidad a los antibióticos en niños con tratamiento ambulatorio, se incluyeron todos los niños que consultaron al Departamento de Emergencias Pediátricas por lesiones de piel y partes blandas, con tratamiento ambulatorio y aislamiento de germen. Fueron incluidas 194 consultas por infecciones de piel y partes blandas en las que se indicaron tratamiento ambulatorio y se identificó agente etiológico. El diagnóstico más frecuente fue impétigo 181/194 (93%). Etiología: *Staphylococcus aureus*. Tratamiento antibiótico utilizado: tópico más oral 99% de los casos. Se logró seguimiento telefónico en 166 pacientes (86%). El 85% presentó buena evolución. El 2,58% consultaron nuevamente, ninguno fue hospitalizado. Entre las conclusiones se tiene que *Staphylococcus aureus* solo o asociado sigue siendo el principal agente en infecciones de piel y partes blandas que reciben tratamiento ambulatorio en la población estudiada. SAMR fue el responsable del 47% de las infecciones estafilocócicas de tratamiento ambulatorias en estudio previo. (Más. M. et. al, 2018)

En el trabajo realizado por Contreras en el 2019 en Huacho Perú titulado “Prevalencia de celulitis en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Huacho.

2017-2018” cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de celulitis en el servicio de Pediatría del Hospital Regional de Huacho, se llevó a cabo un estudio de descriptivo, transversal y retrospectivo. La población de estudio estuvo constituida por 72 pacientes con diagnóstico de celulitis que superaron los criterios de inclusión. La prevalencia encontrada fue de 3,48%, siendo mayor en el año 2018 con 3,54%. El 54,70% de pacientes fueron mujeres y 45,80% varones, el 38,90% fueron lactantes edades comprendidas entre el mes de edad y menor a 2 años, el 26,40% eran preescolares entre los 2 años y menores de 5 años, el otro 26,4% fueron escolares entre los 5 años y menores de 10 años. Se concluyó que la celulitis en la edad pediátrica ha ido presentando un relativo incremento, y muestran características en la población que permitirán un tratamiento oportuno y así poder evitar el desarrollo de la morbimortalidad. (Contreras, 2019)

En Venezuela, la celulitis bacteriana es un problema de salud pública que requiere una investigación científica urgente, debido a la escasez de estudios epidemiológicos que hablen acerca de este tema, la falta de infraestructura sanitaria y la alta frecuencia de microorganismos resistentes a los antibióticos. Una investigación científica sobre la celulitis bacteriana en pacientes pediátricos permitiría identificar los factores de riesgo, los agentes etiológicos, los patrones de resistencia y las opciones terapéuticas más adecuadas para esta población. Así, se podría mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de esta enfermedad, reduciendo la morbilidad y la mortalidad infantil asociadas a ella.

JUSTIFICACIÓN

La celulitis bacteriana en niños es un tema de gran relevancia en el campo de la pediatría y la dermatología. Según un consenso publicado en la revista SciELO, las infecciones de piel y partes blandas, como la celulitis, son una causa frecuente de consulta en los centros de atención primaria de la salud. Además, la aparición de cepas de *Staphylococcus aureus* meticilino resistentes provenientes de la comunidad y *Streptococcus pyogenes* resistentes a eritromicina plantea controversia en la elección del tratamiento empírico inicial.

La celulitis es una infección localizada de partes blandas que se desarrolla como resultado de la entrada de bacterias a través de una barrera cutánea alterada. Estas infecciones son relativamente comunes y el diagnóstico temprano es esencial para el éxito del tratamiento. Son pocos los estudios asociados al tema de la frecuencia de las celulitis en el ámbito hospitalario, sobre todo aquellas que se presentan en etapas tempranas de la vida como la niñez. El presente estudio busca establecer un precedente y servir de base para la realización de futuros trabajos para la investigación de esta patología y proporcionar una visión más clara de su impacto en la salud infantil.

La falta de información detallada y actualizada sobre la celulitis en niños limita la capacidad de los médicos para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento. Al mejorar nuestra comprensión de la celulitis en niños, podemos mejorar la atención al paciente, optimizar el uso de recursos médicos y, en última instancia, mejorar los resultados de salud para los niños afectados por esta condición. Este estudio es un paso importante en esa dirección y esperamos que inspire a otros a continuar investigando y mejorando nuestra comprensión de la celulitis en niños.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el número de casos de Celulitis Bacteriana en pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Hospital “Dr. Héctor Nouel Joubert” durante el periodo 2010-2020.

Objetivos específicos

1. Clasificar a los pacientes según edad y sexo.
2. Determinar las frecuencias anuales.
3. Establecer el sitio de lesión más frecuente.
4. Especificar el tratamiento indicado.
5. Identificar las causas más comunes y complicaciones presentadas.
6. Indicar el tiempo de estancia hospitalaria.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, retrospectivo, de campo, no experimental.

Universo

Estuvo constituido por todos los pacientes pediátricos menores de 10 años atendidos en el IVSS Hospital “Dr. Héctor Nouel Joubert”, durante el periodo enero 2010 - diciembre 2020.

Muestra

Estuvo conformada por 617 pacientes menores de 10 años, con diagnóstico de Celulitis Bacteriana que estuvieron hospitalizados en el IVSS Hospital “Dr. Héctor Nouel Joubert” durante el periodo enero 2010 - diciembre 2020 y que cumplieron con los criterios de inclusión de este estudio.

Criterios de inclusión

- Pacientes menores de 10 años con diagnóstico de Celulitis Bacteriana.
- Historias clínicas que contaron con la información necesaria para la recolección de datos.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas o con datos insuficientes.

Variables

Las variables que se estudiaron y tabularon fueron: edad, género, frecuencia anual, causa, sitio de lesión más frecuente, tratamiento indicado, complicaciones presentadas, tiempo de estancia hospitalaria.

Procedimiento para la recolección de datos

Solicitud de autorización para el servicio de pediatría y al director del IVSS Hospital “Dr. Héctor Nouel Joubert”: Se elaboró una carta dirigida para el jefe del servicio de pediatría (Apéndice A) y al director del IVSS (Apéndice B), con el fin de solicitar la autorización y colaboración para la realización del trabajo de investigación.

Para el cumplimiento de los objetivos planteados, se realizó un instrumento de recolección de datos sociodemográficos y epidemiológicos (Apéndice C), el cual constó de los siguientes ítems: “Edad, genero, frecuencia anual, causa, sitio de lesión más frecuente, tratamiento indicado, complicaciones presentadas, tiempo de estancia hospitalaria”, el cual permitió obtener la información requerida y que fuera estadísticamente relevante.

Presentación de resultados

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia utilizando valores absolutos y porcentuales; realizados con el programa Microsoft Excel® 2021 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23 para el análisis de los mismos. Se hizo uso del porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

Respecto a la distribución de pacientes menores de 10 años según edad y sexo, con diagnóstico de Celulitis Bacteriana, se evidenció una media de edad de 3,36 años con una desviación típica de $\pm 2,97$ años. El grupo etario predominante fue el 1-2 años (n=210/617; 34,04%), seguidamente del grupo de 3-4 años (n=109/617; 17,67%). El sexo masculino prevaleció sobre el femenino (n=324/617; 52,51%), siendo afectado más el grupo etario de 1-2 años (n=91/617; 14,75%). (Ver tabla 1)

En relación a los pacientes menores de 10 años según su frecuencia anual, el año con mayor número de casos registrados fue el 2015, con un 19,6% (n=121/617) del total de casos, de los cuales los meses con mayor morbilidad fueron marzo y mayo, ambos con un 2,27% (n=14/617) del total de casos registrados. Seguidamente el año 2016, con un 17,7% del total de casos (n=109/617), en el cual el mes con mayor número de casos corresponde a octubre, con un total de n=17/617 casos (2,76%). En tercer lugar, el año 2014, con el 14,90% (n=92/617) del total de casos, cuyo mes con más morbilidad fue marzo (n=13/617; 2,11%). (Ver tabla 2)

En la muestra en estudio, la localización más común de las Celulitis Bacterianas fueron los miembros inferiores, con un 27,71% (n=171/617) de los casos. Seguidamente la cara, con un 24,47% (n=151/617) de los pacientes. En tercer lugar, los glúteos, con un 14,42% (n=89/617). La localización menos común fue el tórax y la región lumbar, cada uno con solo un 0,49% (n=3/617), de los pacientes. (Ver tabla 3).

Respecto al tratamiento, el antibiótico más común fue la oxacilina, indicándose en un 67,59% (n=417/617) de los pacientes. Le sigue la amikacina con un 49,59% (n=306/617) y la clindamicina con un 23,18% (n=143/617). El tratamiento menos

común fue la teicoplanina, usado solo en el 0,16% (n=1/617) de los pacientes, seguidamente de la amoxicilina/ac. clavulánico y el cefadroxilo, cada uno con solo un 0,32% (n=2/617) de los pacientes. (Ver tabla 4)

Referente a los pacientes con diagnóstico de Celulitis Bacteriana según su causa y las complicaciones presentadas, se puede observar que el 53,37% de los pacientes (n=354/617) refirieron desconocer la causa inicial de la celulitis. Seguidamente, los traumatismos o lesiones representaron el 24,31% (n=150/617) de las causas de celulitis bacterianas. En tercer lugar, las picaduras de insecto representaron el 12,48% de todas las causas de celulitis bacteriana. Las causas menos frecuentes obedecen a las mordeduras animales y causas odontogénicas, cada una representando el 0,81% (n=5/617) respectivamente del total de casos reportados. En relación a las complicaciones presentadas, la estafilococemia estuvo presente en el 0,32% (n=2/617) de todos los pacientes, seguidamente de la osteomielitis en el 0,16% (n=1/617) de la muestra. (Ver tabla 5)

Según la estancia hospitalaria, se observó un tiempo promedio de hospitalización de 7,27 días, con el 60,29% (n=372/617) de los pacientes presentando una estancia hospitalaria de 5 a 10 días, seguidamente de aquellos pacientes con una estancia hospitalaria menor a 5 días (n=151/617; 24,47%). Solo el 1,30% (n=8/617) del total de la muestra presentó un tiempo de hospitalización superior a 20 días. (Ver tabla 6).

Tabla 1

Pacientes menores de 10 años con diagnóstico de Celulitis Bacteriana según edad y sexo. Servicio de pediatría del IVSS Hospital “Héctor Nouel Joubert”. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, 2010-2020.

EDAD	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
<1 año	63	10,21	44	7,1	107	17,34
1-2 años	91	14,75	119	19,3	210	34,04
3-4 años	66	10,70	43	7,0	109	17,67
5-6 años	35	5,67	36	5,8	71	11,51
7-8 años	41	6,65	29	4,7	70	11,35
9-10 años	28	4,54	22	3,6	50	8,10
TOTAL	324	52,51	293	47,5	617	100

Fuente: *Ficha de recolección de datos.*

Datos globales: $\chi=3,36$ años; $\sigma=2,97$ años.

Tabla 2

Pacientes menores de 10 años con diagnóstico de Celulitis Bacteriana según frecuencia anual. Servicio de pediatría del IVSS Hospital “Héctor Nouel Joubert”. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, 2010-2020.

Mes de ocurrencia	Año de ocurrencia																				TOTAL			
	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019				2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enero	6	0,97	4	0,65	11	1,78	0	0,00	10	1,62	8	1,30	7	1,13	12	1,94	2	0,32	6	0,97	2	0,32	68	11,0
Febrero	0	0,00	2	0,32	6	0,97	0	0,00	5	0,81	8	1,30	6	0,97	8	1,30	4	0,65	10	1,62	3	0,49	52	8,4
Marzo	0	0,00	0	0,00	8	1,30	0	0,00	13	2,11	14	2,27	5	0,81	12	1,94	3	0,49	4	0,65	1	0,16	60	9,7
Abril	6	0,97	0	0,00	6	0,97	0	0,00	12	1,94	11	1,78	7	1,13	9	1,46	3	0,49	4	0,65	2	0,32	60	9,7
Mayo	11	1,78	1	0,16	0	0,00	0	0,00	11	1,78	14	2,27	7	1,13	5	0,81	3	0,49	4	0,65	0	0,00	56	9,1
Junio	0	0,00	1	0,16	0	0,00	0	0,00	5	0,81	7	1,13	15	2,43	2	0,32	3	0,49	5	0,81	5	0,81	43	7,0
Julio	3	0,49	3	0,49	0	0,00	0	0,00	9	1,46	7	1,13	8	1,30	8	1,30	0	0,00	5	0,81	4	0,65	47	7,6
Agosto	5	0,81	3	0,49	0	0,00	0	0,00	10	1,62	11	1,78	6	0,97	7	1,13	4	0,65	2	0,32	4	0,65	52	8,4
Septiembre	1	0,16	1	0,16	0	0,00	0	0,00	3	0,49	8	1,30	11	1,78	5	0,81	5	0,81	0	0,00	1	0,16	35	5,7
Octubre	0	0,00	3	0,49	0	0,00	7	1,13	6	0,97	11	1,78	17	2,76	1	0,16	5	0,81	0	0,00	1	0,16	51	8,3
Noviembre	2	0,32	3	0,49	0	0,00	5	0,81	3	0,49	11	1,78	12	1,94	1	0,16	10	1,62	0	0,00	0	0,00	47	7,6
Diciembre	1	0,16	0	0,00	0	0,00	6	0,97	5	0,81	11	1,78	8	1,30	7	1,13	5	0,81	0	0,00	3	0,49	46	7,5
Total	35	5,67	21	3,40	31	5,02	18	2,92	92	14,9	121	19,6	109	18	77	12	47	7,6	40	6,5	26	4,2	617	100

Fuente: *Ficha de recolección de datos*

Tabla 3

Pacientes menores de 10 años con diagnóstico de Celulitis Bacteriana según localización de la lesión. Servicio de pediatría del IVSS Hospital “Héctor Nouel Joubert”. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, 2010-2020.

Localización	n	%
Miembros inferiores	171	27,71
Cara	151	24,47
Gluteos	89	14,42
Miembros superiores	83	13,45
Cabeza	62	10,05
Región mamaria	20	3,24
Abdomen	12	1,94
Región cervical	9	1,46
Región inguinal	8	1,30
Región genital	6	0,97
Torax	3	0,49
Región lumbar	3	0,49
Total	617	100

Fuente: *Ficha de recolección de datos.*

Tabla 4

Pacientes menores de 10 años con diagnóstico de Celulitis Bacteriana según tratamiento recibido. Servicio de pediatría del IVSS Hospital “Héctor Nouel Joubert”. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, 2010-2020.

Tratamiento	n	%
Oxacilina	417	67,59
Amikacina	306	49,59
Clindamicina	143	23,18
Vancomicina	125	20,26
Cefotaxime	112	18,15
Gentamicina	88	14,26
Metronidazol	49	7,94
Ciprofloxacina	39	6,32
Ceftriaxona	36	5,83
Cefazolina	20	3,24
Ampicilina/Sulbactam	18	2,92
Cefalotina	16	2,59
Linezolid	15	2,43
Cefepime	10	1,62
Ampicilina	7	1,13
Levofloxacina	5	0,81
Ceftazidime	5	0,81
Azitromicina	3	0,49
Amoxicilina/Ac. Clavulánico	2	0,32
Cefadroxilo	2	0,32
Imipenem	2	0,32
Teicoplanina	1	0,16

Fuente: *Ficha de recolección de datos.*

Tabla 5

Pacientes menores de 10 años con diagnóstico de Celulitis Bacteriana según causas y complicaciones presentadas. Servicio de pediatría del IVSS Hospital “Héctor Nouel Joubert”. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, 2010-2020.

Causa	n	%
Desconocida	354	57,37
Traumatismo o lesión	150	24,31
Picadura de insecto	77	12,48
Infección preexistente	26	4,21
Odontogénicas	5	0,81
Mordeduras	5	0,81
<i>Subtotal</i>	617	100
Complicaciones	n	%
Estafilococcemia	2	0,32
Osteomielitis	1	0,16
<i>Subtotal</i>	3	0,49

Fuente: *Ficha de recolección de datos.*

Tabla 6

Pacientes menores de 10 años con diagnóstico de Celulitis Bacteriana según estancia hospitalaria. Servicio de pediatría del IVSS Hospital “Héctor Nouel Joubert”. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, 2010-2020.

Tiempo de hospitalización	n	%
<5 días	151	24,47
5-10 días	372	60,29
11-15 días	67	10,86
16-20 días	19	3,08
>20 días	8	1,30
Total	617	100

Fuente: *Ficha de recolección de datos.*

Datos globales: $\chi=7,27$ días

DISCUSIÓN

En los últimos años, las celulitis bacterianas han sido objeto de creciente preocupación debido a su impacto en la salud y calidad de vida de las personas. Estas infecciones de la piel, causadas por bacterias, pueden presentarse en diferentes partes del cuerpo y generar síntomas como enrojecimiento, hinchazón y dolor. A medida que avanzan los estudios sobre las celulitis bacterianas, se ha observado un aumento en la incidencia de casos, así como una mayor resistencia de algunas bacterias a los antibióticos tradicionales. Estas tendencias plantean desafíos significativos en el diagnóstico y tratamiento de las celulitis bacterianas, lo que resalta la necesidad de una mayor investigación y desarrollo de enfoques terapéuticos efectivos.

En el presente estudio, se procedió a revisar las historias clínicas de todos los pacientes menores de 10 años que se encontraron hospitalizados en el servicio de pediatría del IVSS Hospital “Dr. Héctor Nouel Joubert”, durante el periodo 2010-2020 que cumplieron con los criterios de inclusión de este estudio. Del total de historias revisadas, se encontraron 617 casos.

Se observó una media de edad de 3,36 años con una desviación típica de $\pm 2,97$ años. El grupo etario predominante fue el de 1-2 años, representando el 34,04% de la muestra. El sexo predominante fue el masculino, representando el 52,51% de la muestra. Los resultados obtenidos se asemejan a los reportados por Contreras (2019), el cual reporta en su estudio que, el 38,90% de los pacientes con diagnóstico de celulitis bacteriana eran lactantes menores con edades comprendidas entre 1 mes de vida y 2 años, pero difieren en cuanto al sexo, el cual reportó que en su población prevaleció la población femenina 54,70%. También se asemejan a los estudios de Pacheco, E (2018) la cual reporta que la relación masculino femenino fue ligeramente predominante en varones con el 51.09% de pacientes y 48.91% mujeres, sin embargo,

difiere en cuanto al grupo etario, ya que el 43,8% de los pacientes pertenecían al grupo etario de 2-5 años. Como bien dice la literatura, celulitis bacteriana es una infección que puede afectar a cualquier persona, independientemente de su género.

Respecto a la frecuencia anual, en el presente estudio se pudo evidenciar que el año con mayor morbilidad fue el 2015, representando el 19,6% del total de casos reportados, de los cuales los meses con mayor morbilidad fueron el mes de marzo y mayo, ambos representando el 2,27% de la muestra, seguidamente del año 2016, en el cual se registró el 17,7% del total de casos en el periodo de estudio, cuyo mes de mayor morbilidad corresponde a octubre, con el 2,76% del total de casos. Según la frecuencia de casos de celulitis hospitalizados durante el periodo de estudio, se puede observar que existe una variación significativa entre los años y meses, debido a varios factores como la crisis económica, las condiciones de vida precarias, falta de higiene, escasez de recursos médicos y el hacinamiento en algunas áreas urbanas.

Palomino en el 2016, realizó un estudio titulado, “Prevalencia de celulitis en el Servicio de Pediatría del Hospital María Auxiliadora desde el año 2009 – año 2014” en el cual reportó que el año con mayor morbilidad en su medio fue el año 2013, evidenciándose una prevalencia del 3,42% del total de casos. Por su parte, Pacheco, E (2018) refiere que los años con mayor morbilidad fueron los años 2016 con el 22.6% de los casos y el 2017 con 24.8%.

En relación a la localización más frecuente, en el presente estudio se evidenció que un 27,71% de la muestra presentó celulitis bacteriana en miembros inferiores, seguidamente del 24,47% en cara (Orbitarias, periorbitarias, abscesos periodontales). En tercer lugar, se encontraron aquellas celulitis en glúteos, con un 14,42%. Los resultados obtenidos se asemejan a los obtenidos por Palomino (2016), en el cual observó que las celulitis de miembros inferiores representaron el 26,16% siendo estas las más frecuentes en su medio, seguidamente de las celulitis de cara con 23,83%. Por

otro lado, difieren de los evidenciados por Pacheco. E (2018) la cual refiere que, en su medio de estudio, las celulitis en cara fueron las más frecuentes, evidenciándose hasta en el 48.91% de los pacientes estudiados, seguidamente de las celulitis de miembros inferiores, las cuales comprendieron el 31.39% de los casos.

Acercas del tratamiento indicado, en el presente estudio se evidenció que la Oxacilina fue el antibiótico más utilizado, indicándose hasta en un 67,59% de los casos, seguidamente de la Amikacina, indicándose en un 49,59% de los pacientes. Pese a que el tratamiento de elección en las celulitis bacterianas suele ser la combinación de oxacilina + amikacina, se debe tomar en cuenta factores como el sitio de localización de la lesión, la sensibilidad de la bacteria al antibiótico utilizado, la disponibilidad de antibióticos dentro de la institución, y el historial médico del paciente, como lo son las alergias a ciertos antibióticos, factores que pueden haber influido en la utilización de otras combinaciones antibióticas las cuales se ven reflejadas en las diferencias en los porcentajes del presente estudio, en el uso de la oxacilina con respecto a la amikacina.

Los resultados obtenidos se asemejan a los reportados por Contreras y Sayago (2016) los cuales reportan que, en su estudio, el tratamiento de elección en su medio fue la Oxacilina + Amikacina en el 45,6% de los casos. No obstante, difieren de lo observado por Pacheco. E (2018) donde la asociación antibiótica más común fue la Ceftriaxona + clindamicina en el 38.69% de los pacientes estudiados.

Según su causa, en el presente estudio se pudo evidenciar que la causa más común de las celulitis bacterianas era desconocida tanto para la madre como para el paciente hasta en un 57,37% de los casos, seguidamente de las lesiones o traumatismos en el 24,31% de los casos. El tercer lugar lo ocuparon las picaduras de insectos con un 12,48%. Respecto a las complicaciones presentadas, la estafilococemia se presentó en el 0,32% de los pacientes y la Osteomielitis en el

0,16%. Los datos obtenidos difieren un poco a los encontrados por Pacheco, E (2018), la cual reportó que la etiología más frecuente en su medio fue secundaria a una picadura de insecto en el 43,1% de los casos, seguidamente de las secundarias a un trauma o lesión en un 20,4% de los casos, sin embargo, se asemejan en cuanto a las complicaciones, ya que reportó que la bacteriemia y la osteomielitis fueron las complicaciones más comunes, ambas con 0,73% de los casos.

El tratamiento de la celulitis son los antibióticos sistémicos, ya sea por vía oral o parenteral. Varias guías europeas recomiendan el uso de penicilina (PNC) como tratamiento estándar, asumiendo que el principal agente patógeno es el *Streptococcus*. Sin embargo, existen pocos estudios que permitan confirmar este abordaje. La mayoría de los pacientes desarrollan celulitis leves y pueden tratarse con antibióticos por vía oral.

Los antibióticos parenterales se recomiendan en pacientes con signos de toxicidad sistémica, inmunocomprometidos, con eritema rápidamente progresivo o persistencia o progresión de síntomas a las 48-72 h a pesar de la terapia estándar. Los recién nacidos y menores de 5 años, quienes presentan más frecuentemente celulitis periorbitaria y orbitaria, en general requieren hospitalización y terapia intravenosa. El tratamiento de elección suele ser derivados de la penicilina como la oxacilina más una lincosamida como la clindamicina. Cabe destacar que el tratamiento debe ser individualizado según cada paciente, el sitio de lesión y la presencia o no de complicaciones.

Con respecto al tiempo de hospitalización, se registró un tiempo promedio de 7,27 días. La mayoría de las hospitalizaciones, es decir, el 60,29%, duraron entre 5 y 10 días. Seguidamente, el 24,47% de las hospitalizaciones duraron menos de 5 días. Solo el 1,30% ameritó más de 20 días de hospitalización, siendo estos los pacientes que más tiempo ameritaron antibioticoterapia en el servicio. Los resultados del

presente estudio difieren de lo observado por Pacheco. E (2018), la cual describe que el 52,55% de sus pacientes ameritaron entre 3 y 5 días de hospitalización, contrario a lo observado en el presente estudio en el cual ameritaron entre 5 y 10 días. Por otro lado, solo el 9,49% de sus pacientes ameritaron más de 9 días de hospitalización.

CONCLUSIONES

La media de edad fue de 3,36 años con una desviación típica de $\pm 2,97$ años. El grupo etario predominante fue el 1-2 años representando un tercio de la muestra. El sexo masculino fue el representativo con más de la mitad de los casos.

El año con mayor morbilidad fue el 2015, con una quinta parte del total de casos. Los meses con mayor frecuencia correspondieron marzo y mayo.

El sitio de localización más frecuente fueron los miembros inferiores, en más de una cuarta parte de la muestra.

Los antibióticos más usados fueron la oxacilina en más de dos tercios de los casos y la amikacina en menos de la mitad de la muestra.

En más de la mitad de los pacientes se desconoce la causa de la celulitis. Las complicaciones más frecuentes presentadas fueron la estafilococcemia y la osteomielitis.

Más de la mitad de la muestra tuvo un tiempo de hospitalización de 5 a 10 días, con un tiempo promedio de 7,27 días. El número de casos de celulitis bacteriana fue de 617 pacientes menores de 10 años hospitalizados.

Entre las limitaciones de este estudio, se encuentra el carácter retrospectivo de la investigación y el número limitado de pacientes, dependiente de una fuente secundaria y de los ingresos durante el periodo analizado, lo cual genera posibles sesgos en la interpretación; así como la evaluación de otro tipo de infecciones de piel que pudieran constituir factores de confusión.

RECOMENDACIONES

1. Realizar una revisión exhaustiva de la literatura científica sobre la celulitis bacteriana en niños, incluyendo estudios epidemiológicos, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y tratamientos.
2. Recopilar datos de casos clínicos de celulitis bacteriana en niños atendidos en hospitales o centros de salud, con el fin de analizar la presentación clínica, la evolución y la respuesta al tratamiento.
3. Realizar un estudio de los microorganismos más frecuentemente implicados en la celulitis bacteriana en niños, así como su sensibilidad a los antibióticos, con el fin de contribuir al conocimiento de la epidemiología y manejo de esta enfermedad.
4. Realizar un análisis de los factores pronósticos asociados a la celulitis bacteriana en niños, con el fin de identificar aquellos que puedan influir en la evolución y complicaciones de la enfermedad.
5. Dictar charlas sobre la prevención de la celulitis bacteriana en niños, incluyendo estrategias de higiene, vacunación y manejo de lesiones cutáneas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta-Gualandri, A. 2010. Celulitis en niños: una perspectiva clínica. *Acta pediatri. costarric.* 22(1): 54-56
- Calero Espinoza, M. 2019. Efectividad de clindamicina comparada con oxacilina en el tratamiento de celulitis en pacientes pediátricos Hospital Víctor Lazarte Echegaray julio 2017 – julio 2018. Trabajo de Grado. Área de Pediatría. Hospital Víctor Lazarte Echegaray – Trujillo/La Libertad, pp. 29 (Multígrafo)
- Contreras, F. M. 2019. Prevalencia de celulitis en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Huacho 2017-2018. Trabajo de Grado. Hospital Regional de Huacho. Escuela Profesional de Medicina Humana. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, pp. 79 (Multígrafo)
- Contreras, A. I., Sayago, L. N. 2016. Infecciones en niños por *Staphylococcus aureus* adquiridas en la comunidad: Análisis clínico y susceptibilidad antimicrobiana. Trabajo de Grado. Hospital Pediátrico “Dr. Elías Toro”. Facultad de Medicina. U.C.V. pp. 46 (Multígrafo)
- Domínguez, S. L., Machín, A. C., Paredes, M. C., Rosete, M. C. 2012. Comportamiento de la celulitis cervical-facial en una comunidad venezolana. *Rev. Ciencias Médicas.* 16(2): 94-106
- Escoto, M. 2019, febrero. La celulitis. [En línea]. Disponible: <https://kidshealth.org/es/teens/cellulitis.html> [Julio, 2023].

- Grandas, A. L., Velásquez, S. P. 2012. Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes de 0 a 18 años que asistieron a la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia de Bogotá entre febrero de 2009 a febrero de 2011. *Acta Odontol. Colomb.* 2: 71-75
- Hilares, J. P. 2020. Prevalencia de celulitis facial odontogénica en el Hospital II EsSalud Uldarico Rocca Fernández, Lima, 2013 al 2016. Trabajo de Grado. Hospital II EsSalud Uldarico Rocca Fernández. Escuela Profesional de Odontología. U.P.L.A. pp. 89 (Multígrafo)
- Huamani, K. J. 2017. Prevalencia de celulitis facial odontogénica de los pacientes pediátricos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el período 2013-2015. Trabajo de Grado. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Multígrafo)
- Lopez, C. M. 2007. La relación del estado de salud de la población, y su relación con los determinantes. *Rev Cubana de Salud Pública* [En línea] Vol. 33 (2) ISSN 0864-3466. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100012 [Julio, 2023].
- Mayano, M., Peuchot, A., Giachetti, A. C., Moreno, R., Cancellara, A., Falaschi, A., et al. 2014. Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. *Arch. Argent. Pediatr.* 112 (2): 183-191

- Más, M., Tórtora, S., Morosini, F. Hernández, K., Benítez, M. A., Dall'Orso, P., et al. 2018. Infecciones de piel y partes blandas tratadas en forma ambulatoria en un hospital pediátrico en Uruguay luego de diez años de la epidemia de SAMR. Arch. Pediatr. Urug. 89(4): 251-256
- Michelena, C., Asti, H. 2001. Celulitis graves en la edad pediátrica. Arch. Pediatr. Urug. 72(S): S34-S37
- Pacheco, E., "Características clínicas, epidemiológicas de celulitis en pacientes pediátricos del Hospital Goyeneche del 2011 al 2017, Arequipa" [Tesis].: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5621>
- Palomino, J. L. 2016. Prevalencia de celulitis en el Servicio de Pediatría del Hospital María Auxiliadora desde el año 2009 – año 2014. Trabajo de Grado. Hospital María Auxiliadora. Facultad de Medicina Humana. Universidad Ricardo Palma, pp. 35 (Multígrafo)
- Phoenix, G., Das, S., Joshi, M. 2012. Diagnóstico y tratamiento de la celulitis. BMJ. Disponible:
<http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Diagn%C3%B3stico-y-tratamiento-de-la-celulitis.pdf> [Agosto, 2023]
- Ortiz-Lazo, E., Arriagada-Egner, C., Poehls, C., Concha-Rogazy, M. 2019. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. Actas Dermosifiliogr. 110(2):124-130. Disponible en:

<https://www.actasdermo.org/es-actualizacion-el-abordaje-manejo-celulitis-articulo-S0001731018304253> [Agosto, 2023].

Sullivan, D. 2020, febrero. Todo lo que debes saber acerca de la celulitis. [En línea]: <https://www.healthline.com/health/es/celulitis#sintomas> [Agosto, 2023].

Rehmus, W. E. 2021, febrero. Celulitis. [En línea]. Disponible: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/infecciones-bacterianas-de-la-piel/celulitis> [Agosto, 2023].

Rodríguez, Y., Azúa, G. 2021. Fisiopatología y factores de virulencia del streptococcus pyogenes implicados en la erisipela, celulitis y fascitis necrotizante. *Lux Médica*. 16(47):41-44. Disponible en: <https://doi.org/10.33064/47lm20213159> [Febrero, 2024].

Wassermann, A. O. 2013. Bases epidemiológicas para la comprensión de los factores de riesgo. 7° Curso de Capacitación de Posgrado a Distancia Síndrome Metabólico y Riesgo Vascular – Conjunto ABCBA. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires – Argentina. Abril – Noviembre

Zambrano, G., Rondón, R., Guerra, M. E. 2016. Diente más afectado por la celulitis facial de origen odontogénico en niños venezolanos. *Rev. Odontoped. Latin*. 6(2): 81-89

APÉNDICES

Apéndice A



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

Ciudad Bolívar, julio 2023

Dra. Liliana Castillo.

Jefa del Departamento de Pediatría del IVSS Hospital “Dr. Héctor Nouel Joubert”.

Respetuosamente nos dirigimos a Ud. para informarle que estaremos realizando el siguiente proyecto titulado **CELULITIS BACTERIANA EN MENORES DE 10 AÑOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES DR. HECTOR NOUEL JOUBERT. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.**, el cual constituye nuestro trabajo de grado para optar por el título de Médico Cirujano, siendo nuestra tutora la Dra. Yosaida Uriepero, médico pediatra.

Sin más que agregar, esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria, agradecidas por su atención y recepción.

Dra. Liliana Castillo

Jefa del Departamento de Pediatría del IVSS

Atentamente.

Br. González Fuentes Sandy Delvalle

Josefina

C.I: 24856309

Br. Guerra Gutiérrez Alexandra

CI: 26139232

Dra. Yosaida Uriepero

Tutor

Apéndice B



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”

Ciudad Bolívar, Agosto 2023

Dr. Lino Fuenmayor

Director del IVSS Hospital “Dr. Héctor Nouel Joubert”.

Respetuosamente nos dirigimos a Ud. para solicitarle su autorización a objeto de obtener información en relación a los pacientes menores de 10 años que fueron atendidos por celulitis infecciosa en el periodo 2010-2020, la solicitud obedece a que estaremos realizando el siguiente proyecto titulado **CELULITIS BACTERIANA EN MENORES DE 10 AÑOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES DR. HECTOR NOUEL JOUBERT. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.**, el cual constituye nuestro trabajo de grado para optar el título de Médico Cirujano, siendo nuestra tutora la Dra. Yosaida Uriepero, médico pediatra.

Sin más que agregar, esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria, agradecidas por su atención y recepción.

Dr. Lino Fuenmayor
Director del IVSS “Dr. Héctor Nouel Joubert”.

Dra. Jacobina Oliveros
Sub directora docente.

Lic. Ismenia Cedeño
Coordinadora de la unidad de información
de estadística y salud.

Atentamente.

Br. González Fuentes Sandy Delvalle
Josefina

C.I: 24856309

Br. Guerra Gutiérrez Alexandra

CI: 26139232

Dra. Yosaida Uriepero
Tutor

Apéndice C

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha de incidencia		
Numero de Ficha		
Numero de Historia		
Sexo	Masculino	
	Femenino	
Edad		
Causa de celulitis	Lesión o trauma	
	Picaduras	
	Mordeduras	
	Odontógenas	
	Infecciones preexistentes	
Localización	Cara	
	Abdomen	
	Miembros superiores	
	Tórax	
	Glúteos	
	Miembros inferiores	
Tiempo de estancia hospitalaria		
Complicaciones		

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	CELULITIS BACTERIANA EN MENORES DE 10 AÑOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES DR. HECTOR NOUEL JOUBERT. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.
---------------	---

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
González Fuentes, Sandy Del valle	CVLAC: 24.856.309 E MAIL: sandygfuentes@gmail.com
Guerra Gutiérrez, Alexandra Josefina	CVLAC: 26.139.232 E MAIL: alexajguerrag.06@gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Frecuencia
Celulitis bacteriana
Pediatria

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Dpto. de Medicina	Pediatría.
	Bacteriología

RESUMEN (ABSTRACT):

Introducción: La celulitis es una infección bacteriana aguda de la piel y el tejido subcutáneo causada, la mayoría de los casos, por las bacterias estreptococos o estafilococos. Los síntomas y signos incluyen dolor, calor, edema, eritema cuya propagación es rápida. Puede existir presencia de fiebre y los ganglios linfáticos regionales pueden aumentar de tamaño en infecciones más graves. El diagnóstico es clínico; los cultivos pueden ayudar, pero el tratamiento con antibióticos no debe posponerse en espera de los resultados. El pronóstico es excelente con el tratamiento oportuno de las lesiones. **Objetivo:** determinar el número de casos de Celulitis Bacteriana en pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Hospital “Dr. Héctor Nouel Joubert” durante el periodo 2010-2020. **Metodología:** el estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo, de campo, no experimental. **Muestra:** estuvo constituida por 617 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del presente estudio. **Resultados:** se registró una media de edad de 3,36 años con una desviación típica de $\pm 2,97$ años. El grupo etario predominante fue el 1-2 años representando un tercio de la muestra. El sexo masculino fue el representativo con más de la mitad de los casos. El año con mayor morbilidad fue el 2015, con una quinta parte del total de casos. Los meses con mayor morbilidad correspondieron marzo y mayo. El sitio de localización más frecuente fueron los miembros inferiores, en más de una cuarta parte de los casos. Los antibióticos más usados fueron la oxacilina y la amikacina. Más de la mitad de los pacientes reportaron desconocer la causa de la celulitis. Las complicaciones registradas fueron la estafilococcemia y la osteomielitis. **Conclusión:** se determinó que el número de casos de celulitis bacteriana en pacientes durante el periodo de estudio fue de 617 pacientes hospitalizados menores de 10 años.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Dra. Yosaida Uriepero	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
	CVLAC:	8.223.642			
	E_MAIL	yosaida.v@gmail.com			
	E_MAIL				
Dra. Mónica Gómez	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	9.450.551			
	E_MAIL	viejamimica@gmail.com			
	E_MAIL				
Dra. Ana Santos	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	12.187.081			
	E_MAIL	asantos@udo.edu.ve			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	CVLAC:				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2024 AÑO	03 MES	06 DÍA
--------------------	------------------	------------------

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis Celulitis Bacteriana en menores de 10 años Servicio de pediatría Instituto Venezolano de los seguros sociales Dr Héctor Nouel Joubert Ciudad Bolívar Estado Bolívar	. MS.word

ALCANCE

ESPACIAL:

Servicio de pediatría. Instituto Venezolano de los seguros sociales Dr. Héctor Nouel Joubert. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

TEMPORAL: 10 AÑOS

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Dpto. de Medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009".

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *[Signature]*
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Signature]
JUAN A. BOLANOS CUNEL
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.
JABC/YGC/maruja

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISION DE TRABAJOS DE GRADO

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario “

AUTOR(ES)

Br. GONZALEZ FUENTES SANDY DELVALLE
C.I. 24856309
AUTOR

Br. GUERRA GUTIERREZ ALEXANDRA JOSEFINA
C.I. 26139232
AUTOR

JURADOS

TUTOR: Prof. YOSAIDA URIEPERO
C.I.N. 9223642

EMAIL: ysuitor@gmail

JURADO Prof. ANA SANTOS
C.I.N. 12.187.081

EMAIL: asantos@udo.edu.ve

JURADO Prof. MONICA GÓMEZ
C.I.N. 9.480551

EMAIL: viera.monica@hmail.com



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez e/c Colombo Silva- Sector Barrio Ajua- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
Teléfono (0285) 6324976