Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

Correlación, clínica, epidemiológica, histopatológica y quirúrgica en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Docencia e Investigación en Salud

AUTOR

Noemi Flora AQUINO CABRERA

ASESOR

Mg. Luis Clever ARIAS CAYCHO

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Aquino N. Correlación, clínica, epidemiológica, histopatológica y quirúrgica en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2023.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Noemi Flora Aquino Cabrera
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	44626392
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-1076-4111
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Luis Clever Arias Caycho
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	15426159
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4889-3808
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Miguel Hernán Sandoval Vegas
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08754382
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Zoila Rosa Moreno Garrido
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07033295
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Carolina Cucho Espinoza
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	42234332

Datos de investigación	
Línea de investigación	B.1.4 Ciencias de salud
Grupo de investigación	Un solo autor
Agencia de financiamiento	Ninguno
Ubicación geográfica de la investigación	Instituto Nacional de Salud del Niño-Breña País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Breña
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019-2020
URL de disciplinas OCDE	Medicina Clínica Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02 Pediatría https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.03

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGÍSTER

En la ciudad de Lima, a los 23 días del mes de noviembre del año dos mil veintitrés siendo las 13:00 hrs, bajo la presidencia del *Dr. Miguel Hernán Sandoval Vegas con la asistencia de los Profesores: Dra. Zoila Rosa Moreno Garrido (Miembro), Mg. Carolina Cucho Espinoza (Miembro) y el Mg. Luis Clever Arias Caycho (Asesor); la postulante al Grado de Magíster en Docencia e Investigación en Salud, Bachiller en Medicina Humana, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada:* ***"Correlación, clínica, epidemiológica, histopatológica y quirúrgica en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019"*** *con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Docencia e Investigación en Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación* ***B MUY BUENO (18).*** *A continuación, el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de* ***MAGÍSTER EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN SALUD,*** *a la postulante* ***NOEMI FLORA AQUINO CABRERA.***

Se extiende la presente Acta en dos originales y siendo las 14:11 hrs se da por concluido el acto académico de sustentación.

Dra. Zoila Rosa Moreno Garrido
Profesor Asociado
Miembro

Mg. Carolina Cucho Espinoza
Profesor Asociado
Miembro

Mg. Luis Clever Arias Caycho
Profesor Asociado
Asesor

Dr. Miguel Hernán Sandoval Vegas
Profesor Principal
Presidente

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Vicerrectorado de Investigación y Posgrado

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **LUIS CLEVER ARIAS CAYCHO** en mi condición de asesor acreditado con el **Dictamen N° 00007-DAT-SM-UPG-FM-2021**, de la tesis cuyo título es: **"Correlación, clínica, epidemiológica, histopatológica y quirúrgica en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario en el Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019"**, presentado por la egresada **NOEMI FLORA AQUINO CABRERA** para optar el **GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN SALUD, CERTIFICO** que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **20%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado correspondiente.

UNMSM
Firmado digitalmente por ARIAS CAYCHO Luis Clever FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07.01.2024 20:44:24 -05:00

Firma del Asesor _____

DNI: **15426159**

Nombres y apellidos: **Mg. LUIS CLEVER ARIAS CAYCHO**



Dedicatoria

Este trabajo de tesis va dedicado a mis más apreciados seres queridos

quienes son la fuerza que me impulsa cada día a ser mejor;

a ellos que son la fuente de inspiración y empeño para no desistir.

Para mis padres y hermanos:

Macario Aquino Puente

Flora Cabrera Condezo

Elmer Aquino Cabrera

Angel Aquino Cabrera

Ruth Aquino Cabrera

ÍNDICE

Capítulo 1: Introducción

Contenido

Dedicatoria 2
ÍNDICE 3
RESUMEN 7
ABSTRACT 8
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN 1
1.1 Situación Problemática 1
1.2 Formulación del problema....2
1.3 Justificación teórica....2
1.4 Justificación Práctica:....3
1.5. Objetivos....3
1.5.2 Objetivos Específicos....4
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO 5
2.1 Marco filosófico o epistemológico de la investigación 5
2.2 Antecedentes de investigación 6
2.3 Bases Teóricas....11
2.3.1 Quiste de ovario....12
2.3.2 Epidemiología de quistes de ovarios....13
2.3.3 Presentación Clínica....13
2.3.4 Diagnóstico....14
2.3.5 Diagnostico Diferencial....15
2.3.6 Complicaciones....15
2.3.7 Tratamiento....15
2.3.8 Tipos de quistes ováricosQuistes ováricos funcionales....16
Los endometriomas....18
Los Cistoadenomas....18
Poliquistosis ovárica....18
Exámenes diagnósticos....19

Tratamiento Quirúrgico.....19
Posibles complicaciones.....20
2.3 Glosario 20
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA 21
3.1 Tipo y Diseño de Investigación 21
3.2Técnicas e instrumento de recolección de datos.....23
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 26
Características clínicas 28
Características quirúrgicas 29
Fuente: Elaboración propia 29
Características histopatológicas.....31
Correlación epidemiológica (edad) en pacientes con quistes anexiales. 32
Correlación epidemiológica (estado nutricional) en pacientes con quistes anexiales. 33
Correlación clínica (dolor) en pacientes con quistes anexiales.....33
Correlación clínica (irritación peritoneal) en pacientes con quistes anexiales. 34
Correlación clínica (masa palpable) en pacientes con quistes anexiales.....35
Correlación de las características histopatológicas (teratoma inmaduro) en pacientescon quistes anexiales. 35
Correlación de las características quirúrgicas (cirugía de emergencia) en pacientescon quistes anexiales. 36
4.2 Análisis, interpretación y discusión de resultados. 37
CONCLUSIONES 40
RECOMENDACIONES 41
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 42
IX ANEXOS 49
I.-Características EpidemiológicasEdad: 49
Estado Nutricional: 49
Signos: 49
Medidas de masa anexial:.....50
III._Características Histopatológica.....50
Hallazgos Post operatorios 51
Recuperación post operatoria 51
ANEXO II. Aprobación del Comité de ética.....56
ANEXO IV. Operacionalización de variables 57
ANEXO V. Matriz de consistencia.....61
3. FOTOS DEL INFORME DE TESIS 66

Lista de cuadros

Tabla 1.Características clínicas de las pacientes 27
Tabla 2. Características quirúrgicas de las pacientes 28
Tabla 3 Características histopatológicas 30
Tabla 4 Correlación entre edad y diagnóstico de quiste 31
Tabla 5 Correlación entre estado nutricional y quiste 32
Tabla 6 Correlación entre dolor y quiste 32
Tabla 7 Correlación clínica y quiste anexial 33
Tabla 8 Correlación entre masa palpable y quiste 34
Tabla 9 Correlación del teratoma inmaduro 34
Tabla 10 Correlación quirúrgica y quiste 35

Lista de figuras

Figura 1Edad de las pacientes. 25
Figura 2. Procedencia de las pacientes 26
Figura 3. Estado nutricional 26
Figura 4. Tratamiento mediante cirugía convencional 27
Figura 5. Tratamiento por laparoscopía 27
Figura 6. Evolución de las pacientes 30

RESUMEN

Objetivo: Determinar el grado de correlación entre las características clínicas, epidemiológicas histopatológicas y quirúrgicas con el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019.

Metodología: Estudio de tipo descriptivo correlacional, retrospectivo y transversal que incluyó a 62 mujeres de 0 a 18 años con diagnóstico de quiste de ovario. Se realizó la revisión documental de historias clínicas mediante una ficha de recolección de datos validada. Se consideró estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes así como la prueba bivariada Chicuadrado de Pearson. Se contó con aprobación del comité de ética

Resultados: , dentro de las características generales de las pacientes, la edad que más se vio afectada fue de 11 a 18 años con un 85.7 % (54), seguido de las que presentaron una edad promedio de 2 a 10 años con el 11.1% (7) y por último de 0 a 2 años con un 3.17% (1). dentro de las manifestaciones clínicas presentadas por las niñas obtuvimos que el 96.8% (61) presentaron como principal síntoma el dolor abdominal, seguido por las náuseas 1.6% (1)y vómitos 1.6 % (1). Se halló asociación entre la edad,(p=0,009) dolor abdómino pélvico (p=0,002) y el tipo de quiste unilateral o bilateral; asi como la irritación peritoneal (p=0,021)

Conclusión: Existe diversas características clíninicas, epidemiológicas, histopatológicas y quirúrgicas de las pacientes niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario. En el INSN 2014-2019.

Palabras clave: quiste de ovario, mujeres, ginecología

ABSTRACT

Objective: To determine the degree of correlation between clinical, epidemiological, histopathological and surgical characteristics with the diagnosis of ovarian cyst in girls and adolescents of the National Institute of Child Health 2014- 2019.

Methodology: descriptive correlational, retrospective and cross-sectional study that included 62 women aged 0 to 18 years with a diagnosis of ovarian cyst. Documentary review of medical records was performed using a validated data collection form. Descriptive statistics such as frequencies and percentages as well as Pearson's chi-square bivariate test were considered. Ethics committee approval was obtained.

Results: Within the general characteristics of the patients, the age most affected was 11 to 18 years with 85.7% (54), followed by those who presented an average age of 2 to 10 years with 11.1% (7) and finally 0 to 2 years with 3.17% (1). Within the clinical manifestations presented by the girls we obtained that 96.8% (61) presented abdominal pain as the main symptom, followed by nausea 1.6% (1) and vomiting 1.6% (1). An association was found between age (p=0.009), abdominal pelvic pain (p=0.002) and the type of unilateral or bilateral cyst; as well as peritoneal irritation (p=0.021).

Conclusion: There are different clinical, epidemiological, histopathological and surgical characteristics of girls and adolescent patients diagnosed with ovarian cyst. In INSN 2014-2019.

Key words: ovarian cyst, women, gynecology.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1 Situación Problemática

Las lesiones ováricas pueden presentarse de diferentes formas, cuyo agrandamiento ovárico incluye quistes de tipo funcionales, asimismo, las de torsión ovárica y las neoplasias benignas como malignas, causando un dolor abdominal agudo e incluso signos de apendicitis aguda; así mismo, a la palpación puede percibirse una masa a nivel abdomino pélvico (Braungart & Charlotte, 2022).

Se conoce que entre el 10 al 18% de mujeres, en edad reproductiva, padecen de este problema, afectando con mayor impacto a un grupo poblacional vulnerable que son las niñas y adolescentes, se conoce que las 2,6 de caso por cada 100 000 niñas al año presentan algún quiste, del cual el 1% son neoplasias malignas (Sonmez et al., 2018).

En los países desarrollados los quistes ováricos solo se han reportado el 1,5% de su población infantil, la edad pediátrica es el momento donde aparece, aproximadamente a los 2 a 3 años y a los 12 a 15 años, en la adolescencia es donde existe mayor prevalencia y con menor incidencia en los primeros años de vida (Aquino, 2022).

En muchos casos el diagnóstico se da cuando los tumores malignos están en una etapa muy avanzada, esto es producto a su baja incidencia que contribuye a un desfavorable diagnóstico; asimismo, a su evolución silente que entorpece un diagnóstico oportuno. Lo que conlleva a un desconocimiento de las características clínicas de presentación de un quiste de ovario cuyo error y complicación en el manejo quirúrgico es un hecho predictivo; se puede presentar en situaciones cuando el quiste sufre torsión;

donde el manejo muchas veces termina en una extirpación del ovario del lado de quiste comprometido; sin dejar de lado las características epidemiológicas como las edades de presentación más frecuente en la población infante juvenil (Idris et al., 2021).

El desconocer las características clínicas como epidemiológicas e histológicas de los aquellos quistes del ovario es una gran problemática debido a la falta de conocimientos para un buen manejo conservador o quirúrgico (User et al., 2019).

Actualmente en el Instituto Nacional de Salud del Niño se presentan casos de pacientes que ya llegan con complicaciones de un quiste anexial torcido, debido a la falta de reconocimiento oportuno de la patología, siendo la edad más frecuente entre los 11 a 18 años de niñas que padecen de esta afección (Aquino, 2022).

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad plasmar todas estas características y su correlación; sean clínicas, epidemiológicas, histológicas y quirúrgicas para lograr un mejor conocimiento, diagnóstico y manejo de los quistes ováricos en las infantes y adolescentes y evitar posibles complicaciones en la vida reproductiva de las pacientes.

Por todo lo descrito, se planteó la siguiente pregunta de investigación.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles es el grado de correlación entre las características, clínicas, epidemiológicas histopatológicas y quirúrgicas en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019?

1.3 Justificación teórica

La presente investigación tiene como fin producir conocimiento nuevo sobre la actual incidencia y prevalencia de quistes de ovario en niñas y adolescentes ya que es desconocida. Con este estudio se pretende correlacionar, describir y conocer las características, clínicas, epidemiológicas histopatológicas y quirúrgicas en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario.

También nos ayudara como publicación científica para futuros trabajos, ya que en el Perú no hay bibliografía actual acerca de esta patología y mucho menos en la población infanto – adolescente. Del mismo modo servirá además de base estadística y fuente bibliográfica para futuras investigaciones en el campo de la Ginecología Pediátrica.

1.4 Justificación Práctica:

Los resultados obtenidos ayudarán a proponer los primeros datos acerca de la casuística de quistes de ovario en niñas y adolescentes en el Perú. Sugiriendo el diseño de políticas para incentivar la investigación y publicación en temas relacionados a patología ovárica en la población pediátrica femenina.

De esta forma se podrá mejorar no sólo el conocimiento que se tiene, sino incrementar y fomentar más las actividades de investigación, en el área de ginecología Infanto juvenil en el Perú. Finalmente se podría apoyar en el desarrollo de una guía de práctica clínica para este tipo de patologías en esta población en específico.

1.5. Objetivos

1.5.1 Objetivo General

- Determinar el grado de correlación entre las características clínicas, epidemiológicas histopatológicas y quirúrgicas con el diagnóstico de quiste de

ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Describir la incidencia de quiste de ovario en niñas y adolescentes en el Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019.

- Evaluar el grado de correlación entre las características clínicas y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019.

- Evaluar el grado de correlación entre las características epidemiológicas del estado nutricional (bajo peso, eutrófico, sobrepeso) y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019.

- Evaluar el grado de correlación entre las características histopatológicas como la presencia de teratoma inmaduro con la edad de presentación y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019.

- Evaluar el grado de correlación entre las características quirúrgicas como la realización de cirugía de emergencia y presencia de quiste de ovario torcido y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco filosófico o epistemológico de la investigación

La filosofía impartida por los griegos generó el nacimiento de la Medicina, asimismo, de muchas ciencias lo cual fue sustancial en la historia de la civilización humana, cabe mencionar que en los siglos V y VI los griegos se basaban en mitos y hechos religiosos, sus conocimientos filosóficos-científicos eran constituidos por las creencias y fe (Diepgen, 2020).

Sin embargo, no solo los griegos contribuyeron en la Medicina sino también, y con mayor fuerza, en Jonia, área situada entre Grecia y Asia menor, estos fueron los primeros que afirmaron que la naturaleza del universo se puede dejar a conocer, con todassus regularidades, entendiendo sus mayores secretos, pues fue Tales el primer jonio que intento conocer sin la necesidad de la intervención de un dios (Antillón, 2005).

Con la intervención de Aristóteles surgió la Ciencia, dentro de ello la Medicina, catalogada como ciencia particular que investiga racionalmente las causas de las enfermedades que aqueja al ser humano (Graña, 2015).

Entonces, es donde surge el término "salud", concepto que ha venido cambiando a lo largo de la historia según sus culturas. Pues en la época primitiva, siguiendo los escritos de Hernández Conesa define aquel término como el sinónimo de vida, estar vivo. Con la aparición de la religión judea y cristiana se vincula la salud como a la salvación y sanación (Libreros, 2012).

Ya en 1790, según lo afirmado por Doval, surge el concepto salud, en la revolución francesa, que deberá ser asumido por el Estado como parte de un derecho de todo individuo. Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, la definición de salud cambió gracias

a la Organización Mundial de la Salud (OMS), formando parte de la Declaración de los Derechos Humanos (Herrero, 2016). Donde entra en Vigo en 1948 que se define por la OMS "como un estado del individuo completo en su bienestar físico, mental y social y no únicamente referida a la la ausencia de enfermedades".

2.2 Antecedentes de investigación

Braungart & Charlotte, 2022, en Alemania en su publicación “Recurrence and Metachronous Disease in Children with Benign Ovarian Tumors: A Systematic Review” donde tuvo como evaluar la incidencia y el momento de la recurrencia y la enfermedad metacrónica en la población infante con tumores benignos ováricos en la literatura pediátrica, del cual se realizó una revisión sistemática en OVID, PubMed, asimismo, en bases de datos EMBASE; donde se sintetizaron los resultados encontrados para la recurrencia de tumores benignos ováricos y enfermedad metacrónica. Entre los resultados se obtuvo que todos los afectados fueron niños menores de 18 años, encontrándose 1069 pacientes con TBO, del cual el 56% de ellos presentaron recurrencia y enfermedad metacrónica, cuyo riesgo de aparición fue el 5,2% pues el 75% de ellos ocurrieron dentro de los primeros 4 años de la resección. Concluyeron que existe un riesgo significativo de recurrencia la afección tumoral y enfermedad metacrónica en los infantes después de la resección de un tumor benigno de ovario, por lo que se indica un seguimiento en los primeros 4 años.

Acosta G, 2020, en Ecuador en su estudio “Frecuencia de tumoraciones de ovario en pacientes adolescentes que asistieron a consulta de ginecología oncológica del Instituto de Oncología Doctor Heriberto Pieter. Julio, 2017 - marzo, 2020” cuyo objetivo fue determinar con qué frecuencia las tumoraciones ováricas se presenta en las pacientes adolescentes, donde el estudio fue de tipo descriptivo-retrospectivo, la muestra estuvo conformada por 25 adolescentes diagnosticadas con tumor ovárico, se aplicó un formulario. Se obtuvo como resultados que los tumores con una medición mayor a 10cm han sido los de mayor frecuencia representado por el 44%, en cuanto a los tumores en un solo lado fueron el 40,74% son unilaterales; asimismo, se halló en el 36,36% de las

adolescentes una masa palpable. El diagnostico prequirúrgico más frecuente fue el de tipo teratoma; en cuanto a las tumoraciones de tipo benignas el hallazgo anatomopatológico fue el más frecuente representado por el 91,30% de las adolescentes, asimismo, el teratoma de tipo maduro fue el diagnostico histopatológico con mayor incidencia donde el 26,92% lo padecieron. Concluyó que de las tumoraciones de ovario en las adolescentes el teratoma maduro fue el reporte histopatológico más frecuente, en cuanto al diagnóstico se recurrió más a los estudios de imágenes y pruebas de laboratorio.

Braungart et al., 2020, en Reino Unido en su publicación "Operative management of pediatric ovarian tumors and the challenge of fertility-preservation: Results from the UK CCLG Surgeons Cancer Group Nationwide Study" donde tuvo como objetivo determinar cuál es el manejo quirúrgico de los tumores de ovario pediátricos y el desafío de la preservación de la fertilidad, cuya metodología fue multicéntrica retrospectiva, la muestra estuvo conformada por 310 pacientes que fueron menores de 16 años con diagnóstico de tumor de ovario del 2006 al 2016. Entre los resultados se obtuvo que 57% de las pacientes padecieron de teratoma maduro, teratoma inmaduro el 10,9% y cistoadenoma el 12%; en cuanto a los procedimientos el 70% de los casos se realizaron como procedimientos abiertos, en el grupo laparoscópico el tamaño promedio fue de 6 cm en comparación con los 11 cm del grupo abierto tipo conservadora de ovario. Concluyeron que es poco frecuente la implementación de la cirugía de conservación de ovarios y la cirugía mínimamente invasiva en Reino Unido, pues los tumores más pequeños se sometieron a cirugía para preservar los ovarios.

Roshni Dasgupta et al., 2020, en Alemania en su publicación "Ovarian torsion in pediatric and adolescent patients: A systematic review" cuyo objetivo fue examinar la evidencia de la literatura médica y proporcionar recomendaciones sobre el tratamiento óptimo de la torsión ovárica, el estudio se basó en una revisión sistemática en base de datos como Medline, Cochrane, National Clearing House y Embase Central. Entre los resultados se encontraron 96 estudios donde se revisaron los riesgos de una torsión ovárica como el tromboembolismo y la malignidad donde se evidenció una mínima malignidad de

dejar en el ovario, como un nulo evento tromboembólico; en cuanto, a la apariencia macroscópica del ovario no se encontró correlación con la función ovárica a largo plazo. Concluyeron que la mayoría de los ovarios rescatado de una torsión ovárica mantendrán su viabilidad y se sugiere un seguimiento ecográfico a los 3 meses.

User I et al., 2019, en Turquia en su estudio titulado "Can Preoperative findings help to Interpret Neoplastic and Non-Neoplastic lesions of oand affect surgical decisions in children and adolescents" donde tuvo como objetivo determinar cuál de los hallazgos preoperatorios puede ayudar a distinguir la patología de las lesiones tipo ováricas, con el fin de influir en la decisión quirúrgica y predecir la posibilidad de la preservación ovárica, cuya metodología fue descriptiva y retrospectiva, la muestra estuvo conformada por 86 pacientes que fueron operados el año entre 2000 al 2015. Entre los resultados se obtuvo que las patologías de tipo no neoplásicas fueron el 68,6 % de los casos y de tipo neoplásico el 31,4 %; asimismo, se encontró torsión ovárica anexial representado por 34,9 % de las pacientes. Se realizó cirugía de tipo conservadora de ovario en el 55,8 % y ooferectomía en el 44,2% de pacientes. Concluyeron que la una masa puramente quística menor a 9 cm, con torsión ovárica y marcadores negativos, está orientada a un tipo de lesión no neoplásica. Pues la ausencia de torsión a nivel del ovario y la presencia de un componente de tipo sólido se asocian con mayor frecuencia a un riesgo de lesión maligna.

Salinas-Salinas et al., 2019, en Ecuador en su estudio "Tumores Benignos de Ovario en la edad Pediátrica y Adolescencia" donde tuvo como objetivo determinar cuáles son los tumores de ovario más frecuentes en niñas y adolescentes en un centro oncológico de Ecuador, cuya metodología fue descriptiva-retrospectiva, la muestra estuvo conformada por 32 adolescentes con diagnóstico de tumor ovárico diagnosticadas entre el 2015 al 201. Entre los resultados histopatológicos se obtuvo que el 21% de las pacientes padecieron de quiste serosos y 18,5% presentaban quiste de tipo lúteo; asimismo, el 15,25% reportaron quistes simples y el 9% de cistoadenomas y teratomas maduros. En relación con la sintomatología el dolor fue el dolor conformado por el 65,5% de las pacientes, donde el 18,5% de aquellas finalizaron en una intervención quirúrgica como

una anexectomía con ooforectomía, finalmente, el 81,25% se realizaron una quistectomía. Concluyeron que el quiste seroso folicular fue el más reportado seguido por el quiste de cuerpo lúteo, donde el síntoma llamativo fue el dolor.

Schallert, E et al., 2019, en Estados Unidos en su estudio titulado "Physiologic Ovarian Cysts versus Other Ovarian and Adnexal Pathologic Changes in thePreadolescent and Adolescent Population: US and Surgical Follow-Up" donde tuvo como objetivo identificar las características en la ecografía con el fin de distinguir los quistes ováricos fisiológicos de las de origen no fisiológicas, empleó una metodología descriptiva, retrospectiva y transversal; cuya muestra estuvo conformada por 409 pacientes, entre los 7 a 18 años, con quistes de ovario o anexiales de al menos 2,5 cm. Entre los resultados se obtuvo que el 59,6 % de los pacientes tenían características de quiste de tipo no simple, del cual 159 fueron intervenidas quirúrgicamente donde se evidenció en el informe anatomopatológico que el 62,8% padecían de un quiste tipo paratubáricos. A través de la resolución quirúrgica o de imagen no se encontró ninguna paciente con tumores tipo malignos. Concluyeron que no encontraron tumores tipo malignos en la población preadolescente y adolescente y la mayoría de estos quistes se resolvieron.

Sonmeza et al., 2018, en Turquia en su estudio titulado "Ovarian Masses in Infant-Juvenile Age" donde el objetivo fue analizar los hallazgos de un grupo de pacientes donde fueron operados productos a las lesiones ováricas, cuya metodología fue descriptiva, retrospectiva y transversal, cuya muestra estuvo conformada por pacientes menores de 17 años, estas fueron 56, en la cual se realizó una división en 3 grupos según el tipo diagnóstico: 25 pacientes tenían lesiones de tipo funcionales, como los quistes y las torsiones ováricas; donde 18 pacientes tenían lesiones ováricas tipo epiteliales y tumores germinales 13 de ellas. Entre los resultados se obtuvo que los síntomas y signos con mayor prevalencia en las pacientes fueron el dolor representado por el 85,7%; así mismo, la hinchazón en la región abdominopélvica donde padecieron el 37,5% de ellas. El 37,5% de las pacientes se observó quistes ováricos torcidos. Concluyeron que la lesión más frecuente en la edad premenstrual fueron las ováricas de tipo funcional y la torsión, asimismo, que las lesiones más raras son las de tipo.

Pantoja C et al., 2000 en Perú en su estudio “Patología Tumoral en adolescentes”, realizaron un estudio retrospectivo y descriptivo. Se revisó historias clínicas, asimismo, los reportes de biopsia de los tejidos ováricos de adolescentes de 10 a 19 años de edad, estas fueron 48, donde fueron hospitalizadas en el Área de Ginecología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre los meses de julio de 1992 y diciembre del año 1998. Las adolescentes que se encontraban embarazadas con más de 20 semanas de gestación fueron excluidas del estudio. Los resultados que se obtuvieron fueron que el 45,6% de las pacientes padecieron de cistoadenoma seroso, el 20,8% de quiste dermoide, el 8,3% de cuerpo lúteo, el 6,3% de quiste ovárico funcional, el 6,3% de cistoadenofibroma de ovario, el 4,2% de disgerminoma, el 4,27% de cistoadenoma mucinoso y solo el 2,1% de cistoadenoma mixto. Se concluyó que la patología tumoral de tipo benigna fue más frecuente que la de tipo maligna en aquellas adolescentes.

Urbina C et al en el 2005 en su trabajo “Tumoración Anexial en adolescentes” Realizaron un reporte de casos en 27 adolescentes, de estudio de anatomía patológica, que cursan los años entre los 10 a 19 años hospitalizadas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, en el servicio de Ginecología, ESSALUD, entre julio del año 1995 a Julio del 2001; cuyos resultados fueron que el 40,7% padecieron de Cistoadenoma seroso, el 11.1% de quiste dermoide, 11,1% de cuerpo lúteo, el 7,4% de disgerminoma, el 3,7% de cistoadenoma mucinoso. Se concluye que las patologías benignas son más frecuentes que la maligna en las adolescentes; asimismo, que la presentación de patologías tumorales ováricas en las adolescentes en similar en el Perú y en el extranjero, de acuerdo con lo publicado.

2.3 Bases Teóricas

Los cánceres infantiles es problema de salud pública, donde el 1,1% es representado por las afecciones tumorales del ovario, donde el desarrollo de este varía en relación a la edad de la niña, esto es producto a que el ovario tiene la capacidad de desarrollarse en tumores de diversas estructuras, donde su sintomatología, tanto evolución y pronóstico resulta trascendental, cabe mencionar que esta es influenciada por factores embriológicos, genéticos, funcionales y estructurales (López, 2016).

Los quistes de tipo anexiales pueden desarrollarse en el ovario, así mismo, en estructuras pélvicas adyacentes. Es por ello, que cuando se diagnóstique se deberá hacer un estudio exhaustivo de estas lesiones, como en el ovario y las trompas de Falopio; así mismo, en los remanentes embrionarios, en el útero y en el tracto gastrointestinal. Si una niña presenta una lesión de tipo anexial, por lo general es un tumor ovárico. Según estudios realizados las lesiones tempranas el 35% son malignas, donde corresponde al 1% y 1,5% de los cánceres infantiles (López, 2016). Estas patologías pueden evidenciarse por dolores abdominales o pélvicos, así mismo, por la palpación o por las alteraciones hormonales en como la pubertad precoz (Fuentealba, 2016).

2.3.1 Quiste de ovario

Los ovarios son aquellos órganos de la pelvis menor que se ubican en la fosa ovárica, estos son pares y simétricos, por lo cual limita con los vasos ilíacos internos por atrás; y con el ligamento infundíbulo por adelante; por encima con el coxal. Pues los ovarios presentan una forma ovoide aplanados, cuyo diámetro longitudinal aproximadamente es de 3 a 5cm, transversalmente entre 2 a 3cm y cuyo espesor se encuentra alrededor de 1 a 2 cm (Rodriguez & Lomeli, 2000). Cuando existe alguna patología el riesgo es producto a la arteria ovárica que irriga al ovario, en cuanto al drenaje venoso se realiza por la vena ovárica, en cuanto a su drenaje linfático este recorre los colectores del pliegue ovárico, los lumbares, los ganglios aórticos y los linfáticos uterinos dirigidos hacia los ganglios ilíacos. En cuanto a la inervación esta es dada por el plexo ovárico y del útero vaginal (Templeman, 2000)

2.3.2 Epidemiología de quistes de ovarios

En las infantas los tumores ováricos pueden ser benignas como malignas, sin embargo, el riesgo de malignidad disminuye conforme la edad sea mayor (Molina, 2003) (Goldstein, 2000) (Quistes, 2000). En relación con los tumores de tipo gonadales en edades precoces, diversos autores encuentran que el menor porcentaje de las pacientes fueron diagnosticadas con dicha patología antes de los primeros 4 años de edad, el 28% de aquella entre los 5 y 9 años, y la mayor proporción fueron entre los 10 y 14 años (Molina, 2003) (Green, 2007), a pesar de ello, el 80% de las niñas con menor edad presentaron tumores malignos (Sogia, 2007)

La histología de cada patología está relacionada con el tipo de tumor: el mayor porcentaje de estas son los quistes simples, asimismo, quistes foliculares y teratomas benignos, lo patologías que restan corresponden con procesos de grados de malignidad (Goldstein, 2000) (Luzzato, 2000).

En relación con a su origen hay estudios que indican factores que coadyudan a su aparición entre son los hormonales como los genéticos, hay evidencia donde los cambios estructurales son de diferentes cromosomas, así mismo, la presencia de los iso-cromosomas, también se halló asociación alguna con diversos síndromes genéticos estos tumores, del cual el factor genético es trascendental en estos tipos de patologías (Cordoba, 1999)

Clasificación:

Se clasificó los ovarios de acuerdo a su origen (Goldstein, 2000; Cordoba, 1999; Perez, 2006).

1. Tumores de la superficie epitelial
2. Tumores del estroma del cordón sexual
3. Tumor de células germinativas

2.3.3 Presentación Clínica

Cuando el tumor inicia su sintomatología puede ser general (Cordoba, 1999), como son las náuseas, molestias en el abdomen bajo y dispepsia. El cuadro clínico de los tumores puede variar en cada persona, no tan solo por el volumen que puede alcanzar el tumor pues también se puede desarrollar diferentes complicaciones que agravarían el estado de salud del que lo padece, cabe mencionar que el dolor pélvico bajo es el más frecuente, manifestándolo el 80% de las mujeres que lo padecen, este dolor puede ser agudo e intenso, se evidenció que incluso puede a parecerse a un abdomen quirúrgico, confundiendo el diagnóstico a una apendicitis (Shumer, 2003) (Schneider, 2002).

Los signos más frecuentes que se puede evidenciar es una masa palpable a nivel abdominal pélvico, en alguna puede presentar disuria y poliuria, según la comprensión de se realice en la vejiga o recto; por otro lado, también se desarrolla lo que son las alteraciones del ciclo menstrual, como también signos precoces de la sexualidad. (Cordoba, 1999) (Shumer, 2003).

Aquellas mujeres comúnmente acuden a algún centro de salud producto a sus irregularidades menstruales padeciendo estas de tumores inflamatorios y disfunciones, en cuanto a las pacientes con tumores de tipo maligno acuden por síntomas vagos pues las manifestaciones clínicas son muy pocas, ello conlleva a un diagnóstico tardío. Es por ello, fundamental que se considere esta patología en los diagnósticos médicos diferenciales cuando hay la existencia de un dolor abdomen bajo y en niñas cuando hay presencia de precocidad sexual (Cordoba, 1999) (Schneider, 2002).

2.3.4 Diagnóstico

El diagnóstico se da por exámenes clínicos y los complementarios; asimismo, por la anamnesis; asimismo, por medio del examen físico completo de carácter sustancial centrándose en la palpación profunda en el abdomen con el fin de buscar la presencia de masas abdominales (Cordoba, 1999) (Peréz, 2006).

Se sugiere la hospitalización en el hospital de aquellas mujeres con el fin de realizas todos los procedimientos de manera rápida y eficaz, que son necesarios para un correcto diagnóstico siempre la paciente pueda. Así mismo, dicho diagnóstico va a

complementar con diferentes exámenes de laboratorio que se tomará a la paciente: como un hemograma completo, conteo de las plaquetas, velocidad de eritro sedimentación, examen de urea, ácido úrico, creatinina, TGO, TGP, fosfatasa alcalina, perfil de coagulación y en los casos necesarios se realizará la toma de marcadores tumorales como la gonadotrofina coriónica humana subunidad B sérica, la alfafetoproteína sérica; asimismo, la toma de LDH y FAL (Schneider, 2002).

2.3.5 Diagnostico Diferencial

Principalmente, se debe diferenciar de una apendicitis aguda como un embarazo ectópico; asimismo, por un absceso pélvico, los sarcomas pélvicos y aquellos linfomas con la capacidad de desarrollar una pubertad precoz. Por otro lado, también hacer diferencia con algún edema masivo ovárico o alguna otra patología, de tipo no neoplásica, causando dolor y distensión en el abdomen, cuyo diagnóstico de aquello es únicamente anatomopatológico (Norris, 1974).

2.3.6 Complicaciones

Las complicaciones en las pacientes son las torsiones; asimismo, las infecciones, pudiendo así desarrollar abdomen agudo. Otras posibles complicaciones son las hemorragias intratumorales como peritoneales, las siembras peritoneales y la necrosis (Cordoba, 1999) (Peréz, 2006) (Fuentealba, 2006).

2.3.7 Tratamiento

El tratamiento por seguir depende de la naturaleza del tumor, pues cuando es quístico esta se encuentra asociada a las irregularidades menstruales donde la actitud que debe tomar el personal de salud es conservadora, por lo que, se realizará una observación y seguimiento por ecografías (Sogia, 2007) (Green, 2007). El tratamiento quirúrgico es de

acuerdo con el tipo de tumor; asimismo, al estado clínico que se encuentra la paciente. En aquellas se deberá tener en cuenta que el tumor puede regresar de manera espontánea, como las complicaciones que determinaran la conducta a seguir (Chorlton, 1994) (Cordoba, 1999) (Molina, 2003).

2.3.8 Tipos de quistes ováricos

Quistes ováricos funcionales

Este quiste en su naturaleza es el desarrollo normal folicular que se da durante el ciclo menstrual, estos pueden ser de aspectos simple que se forman producto a la no evolución ni ovulación de algún folículo, pues al finalizar la ovulación la abertura se cierra quedando en su interior queda llena de líquido, estos se caracterizan por su fácil sangrado y por su aspecto complejo pudiendo alcanzar un tamaño de 6 a 8cm (Manzur, 1996).

El tratamiento consiste en la observación de aquel quiste, asimismo, en la medicación de los anticonceptivos orales y solo se extirpará si este persiste más de 8 semanas con un tamaño mayor a los 50 mm o también si este se rompe, pues si se rompe se producirá una hemorragia llamándose así folículo hemorrágico (Armas, 2010) (Sogia, 2007).

La sintomatología más común es el dolor y a través de una ultrasonografía se puede llegar a un diagnóstico de una tumoración anexial, a pesar de ello, al ver estos quistes mediante una ecografía estos son muy complejos y variables, observando también aspectos sólidos, es por ello el descarte de afecciones como son el absceso tubárico, endometriomas, embarazos ectópicos, tumores benignos y malignos (Fuentealba, 2016).

Es por ello, que el quiste es definido una formación de tipo liquida o semi-líquida rodeado contenido, independientemente en que órgano se encuentre pudiendo, pudiendo existir así diferentes tipos (Bel et al., 2016).

Los quistes quistes funcionales o no tumorales dentro de los que se encuentran (Norris, 1994):

- Quistes foliculares.
- Quistes de inclusión germinal.
- Quistes del cuerpo lúteo.
- Ovarios escleroquísticos.
- Quistes luteínicos de la teca.

Por otro lado, los quistes del cuerpo lúteo estos se dan cuando por el cierre de la abertura donde el óvulo salió quedando líquido en su interior, lo normal es que debe de desintegrase el cuerpo lúteo cuando este haya expulsado el óvulo, si no se desintegra en su interior se acumulará de líquido, llamando así quiste del cuerpo lúteo.

Este quiste por lo usual logra desaparecer de manera espontánea, si no se da es por la existencia de algún otro tipo de complicación (Bel et al., 2016).

Los quistes germinales son funcionales que se caracterizan por presentar un tamaño muy pequeño, por lo general, no existe mucha importancia en ellos a no ser si el tamaño aumenta y si compromete la función ovárica (Cardona, 1988)

Los quistes de tipo no funcionales son aquellos que no logran desaparecer de forma espontánea, pudiendo desarrollar formaciones tumorales pudiendo (Saavedra, 2002):

a) Tumores quísticos, estos pueden ser:

- Cistoadenomas serosos.
- Cistoadenomas mucinosos.
- Endometriomas.
- Formas mixtas.

b) Tumores que se caracterizan por el hipercrecimiento del estroma

Los endometriomas

Es un tipo de quiste que se forma en consecuencia a la endometriosis, afección de endometrio, estos pueden ser únicos como múltiples que se caracterizan por la presencia de adherencias en la superficie de color achocolatado cuyo contenido de este es líquido, cuando aquel quiste se encuentran en un tamaño mayor el paso a seguir es quirúrgico (Chapron et al., 2002).

Los Cistoadenomas

Son tumores benignos con malignidad baja, que por lo general el tratamiento es quirúrgico, estos se forman en base a los restos originarios, en cuanto a los tumores tipo serosos el 70% al 85% son de tipo benignos; hallando con mayores porcentajes los tumores de tipo mucinos. Estos quistes se encuentran en cada lado, bilaterales, pues no logran alcanzar un gran tamaño, sin embargo, en mínimas veces pueden llegar a medir 50 cm con un peso mayor a los 20 kg. En su interior hay líquido mucinoso, que es espeso y viscoso, en su contenido puede existir un gran número de papilas, su superficie es lisa (López et al., 2007).

Poliquistosis ovárica

El ovario en su estado anatómico se puede presentar como consecuencia a respuestas múltiples a estímulos extrínsecos acentuados y persistentes, escomo un tipo de enfermedad que en su interior se halla múltiples formaciones quísticas pudiendo haber entre 8 a 10 quistes, con la presencia del aumento del volumen ovárico, existir trastornos menstruales o bien padecer de algún síndrome comprendido por la ausencia de la menstruación, la obesidad, esterilidad e hirsutismo. El tratamiento está orientado a corregir la sintomatología de esta patología como problemas de fertilidad, asimismo, las irregularidades menstruales y trastornos androgénicos (Fernandez, 1984).

Sintomatología de Quistes Ováricos (Bel et al., 2016)

- Distensión en el abdomen con dolor pélvicos sordos y constantes.
- Dolor en el vientre al comienzo o término de la menstruación, pudiendo existir trastornos en la menstruación como la ausencia de esta y la dismenorrea.
- Dispareunia, dolor en las relaciones sexuales.
- Dolor en el vientre bajo con una intensidad alta de forma repentina, acompañado por náuseas y vómitos, pudiendo ser una complicación como torsión o ruptura de este.

Para la realización de cirugía las indicaciones generales son:

- Por el crecimiento exponencial de estos quistes o persistentes más de los 4 meses.
- Complicación de quistes a causa de una hemorragia interna, torsión o por su ruptura.
- Aquellos tumores que logran un gran tamaño afectando otras estructuras adyacentes.

Exámenes diagnósticos

- Las ecografías.
- Las resonancias magnéticas.
- Estudios de flujo Doppler.
- Tomografías axiales computarizada.
- La laparoscopia.
- Medición de las hormonas como la luteinizante, folículo estimulante, la testosterona, el estradiol, la prolactina si se sospecha microadenoma de hipófisis o prolactinoma (Sogia, 2007) (Shorge, 2008)

Tratamiento Quirúrgico

El manejo quirúrgico en las pacientes con quistes ováricos en la actualidad se debe realizar por vía laparoscópica, pue sus indicaciones son (Schallert et al., 2019):

- Cuando el quiste es complejo, si la paciente es joven la probabilidad es baja.
- Cuando es grande dando una medición de 2,5 pulgadas y de diámetro 6,3cm.

- Cuando mixto, conteniendo solo líquido en su interior.
- Cuando provoca un dolor intenso y/o torsión.
- Cundo el quiste puede estar provocando pubertad precoz.

Posibles complicaciones

Las complicaciones que puede existir en los general no son muy frecuentes, pero cabe resaltar que todo procedimiento no está libre de riesgos, es por ello, que el médico revisará las posibles complicaciones, que puede haber, entre ellas (Fuentealba, 2016) (Shorge, 2008):

- La infección.
- El sangrado.
- La reaparición del quiste luego de su extirpación.
- La necesidad de retirar uno o ambos ovarios.
- La presencia de coágulos sanguíneos.
- La infertilidad.
- Daños a órganos vecino.

Existe el riesgo de complicaciones por los siguientes factores (Santi, 2004) (Shorge, 2008):

- La obesidad
- Consumo excesivo de alcohol o sustancias psicoactivas
- El consumo de ciertos medicamentos recetados
- Enfermedad crónica o reciente
- Estar en gestación
- Cirugía abdominal previa
- Antecedente de una pubertad precoz

2.3 Glosario

a) Malignidad de quiste: Los tumores en los ovario pueden ser benignos o malignos en las niñas, sin embargo, conforme la edad avanza el riesgo de malignidad puede disminuir (Molina, 2003; Goldstein, 2000).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

3.1.1 Tipo de investigación

La presente investigación tiene enfoque cuantitativo

Es de tipo descriptivo porque desea recopilar información sobre la naturaleza y características de las variables (Hernández et al., 2014)

3.1.2 Diseño de Investigación

La investigación tuvo un diseño no experimental transversal y retrospectivo ya que no se tiene manipulación sobre las variables de estudio (Hernández et al., 2014).

Correlacional ya que se realizó la relación existente entre las distintas variables y retrospectivo ya que se tomó datos de historias clínicas de fechas del 2014 al 2019.

3.1.3 Unidad de análisis

Historias clínicas de pacientes entre 0 a 18 años con diagnóstico de quiste de ovario durante el año 2014- 2019 en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

3.1.4 Población de Estudio

Nuestra población estuvo conformada por todas las historias clínicas de pacientes niñas y adolescentes de 0 a 18 años, con diagnóstico de quiste de ovario durante el año 2014-2019 en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

3.1.5 Tamaño de Muestra

El tamaño de la muestra se determinó según criterios de conveniencia; esta fue de 63 historias clínicas de acuerdo a los datos de soporte informático del INSN durante 2014-2019.

3.1.6 Selección de Muestra

No Probabilístico, por conveniencia.

Criterios de Inclusión

- Todas las historias clínicas de pacientes que fueron sometidas a cirugía con diagnóstico de quiste de ovario, en el servicio de Ginecología del "Instituto Nacional de Salud del Niño" con adecuado registro del diagnóstico y que tenga un resultado histopatológico.
- Todas las historias clínicas de pacientes que fueron atendidas entre 01 de enero 2014 al 31 de diciembre 2019 con diagnostico quiste de ovario.
- Se incluyeron a las historias clínicas de pacientes que se sometieron a una cirugía de emergencia y/o urgencia, y que en la historia clínica se encuentre el reporte operatorio adecuadamente llenado, que incluía el registro del envío de la muestra al servicio de Histopatología

Criterios de Exclusión

- Todas las historias clínicas de pacientes con datos requeridos incompletos atendidas en el servicio de Ginecología del Instituto Nacional del Niño durante el periodo entre enero 2014 a diciembre 2019 por presentar tumoración ovárica.

3.2 Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.2.1 Técnica

La técnica empleada fue el análisis documental de fuentes primarias en este caso las historias clínicas

3.2.2 Instrumentos

Se utilizó una ficha de recolección de datos la cual fue validado. La validación del instrumento se realizó mediante juicio de expertos, en el que intervinieron 3 profesionales de salud con experiencia en el tema.

Los Ítems de cada variable estuvieron elaborados en relación a las características clínicas, epidemiológicas, histopatológicas y quirúrgicas.

La ficha de recolección de datos contó con 14 Ítems respecto a datos de características clínicas, epidemiológicas, histológicas y quirúrgicas de los quistes de ovario en niñas y adolescentes.

Se calculó el índice Kappa para verificar la validez del instrumento mediante el juicio de expertos.

3.3 Plan de recolección de datos

Para realización de la presente investigación, en primer lugar, el proyecto de investigación fue aprobado por las autoridades de la unidad de Posgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Una vez aprobado se cursó una solicitud a las autoridades correspondientes del Instituto Nacional de Salud del Niño, con la finalidad de solicitar autorización, así como del Comité Institucional de Ética. Con la autorización correspondiente, se procedió a ejecutar la recolección de datos a través de la ficha de recolección de datos en las historias clínicas. La recolección se hizo de manera manual debido a que no se encuentra con historias clínicas digitales.

3.4 Análisis estadístico de los datos

Los datos que se obtuvieron durante el estudio fueron procesados con el software informático Microsoft Excel 2017.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, las variables cualitativas fueron estimadas mediante medidas de distribución de frecuencias (absolutas y relativas) y porcentajes.

Dichos análisis son presentados en gráficos de tablas que permiten dar cumplimiento a los objetivos ya descritos.

Los datos de correlación fueron evaluados mediante análisis Bivariado con el estadístico chi cuadrado de Pearson con una significancia del 95%

3.5 Consideraciones éticas

El presente trabajo respeta los principios que rigen la Bioética como son la no maleficencia, la autonomía, la beneficencia y la justicia. No hubo riesgos por participar en el estudio, debido a que se utilizó historias clínicas de las pacientes.

No se requirió consentimiento informado debido a la revisión de fuentes.

Se reviso las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de quiste anexial, no se identificó a ninguna paciente. La investigadora firmó la declaración de confidencialidad, comprometiéndose a no divulgar ningún dato a los que tuviera acceso, al revisar las historias clínicas de las pacientes.

Las fichas de recolección de datos no llevaron el nombre de las pacientes, solo un código, para el estudio. No se colocó ningún dato que pudiera identificar a las pacientes con diagnóstico de quiste anexial.

El archivo con los nombres y número de identificación ha sido guardado especialmente de una manera segura. Ningún caso individual será reportado o sumarizado en publicaciones.

3.6 Hipótesis de Investigación

3.6.1 Hipótesis General

- Existe un grado de correlación entre las características clínicas, epidemiológicas histopatológicas y quirúrgicas con el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019.

3.6.2 Hipótesis Específicas

- Existe correlación entre las características clínicas y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019.

- Existe correlación entre las características epidemiológicas del estado nutricional (bajo peso, eutrófico, sobrepeso) y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019.

- Existe correlación entre las características histopatológicas como la presencia de teratoma inmaduro con la edad de presentación y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019.

- Existe correlación entre las características quirúrgicas como la realización de cirugía de emergencia y presencia de quiste de ovario torcido y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019.

3.7 Variables

a) Características clínicas

b) Características epidemiológicas

c) Características histopatológicas

d) Características quirúrgicas

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de resultados

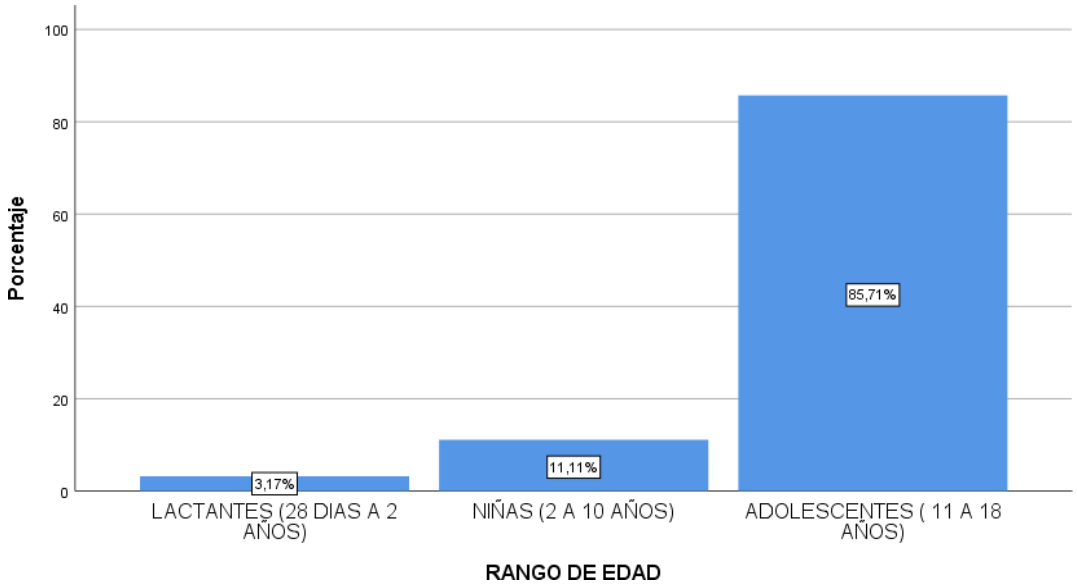

Figura 1: Edad de las pacientes con diagnóstico de diagnóstico de quiste de ovario, en el servicio de Ginecología del "Instituto Nacional de Salud del Niño" 2014-2019

De la Figura 1 se observa que, dentro de las características generales de las pacientes, la edad que más se vio afectada fue de 11 a 18 años con un 85.7 % (54), seguido de las que presentaron una edad promedio de 2 a 10 años con el 11.1% (7) y por último de 0 a 2 años con un 3.17% (1).

Se estudio una muestra de 63 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de quiste anexial en el servicio de Ginecología Infanto Juvenil EN EL Instituto Nacional de Salud del Niño durante el periodo del 2014 al 2019.

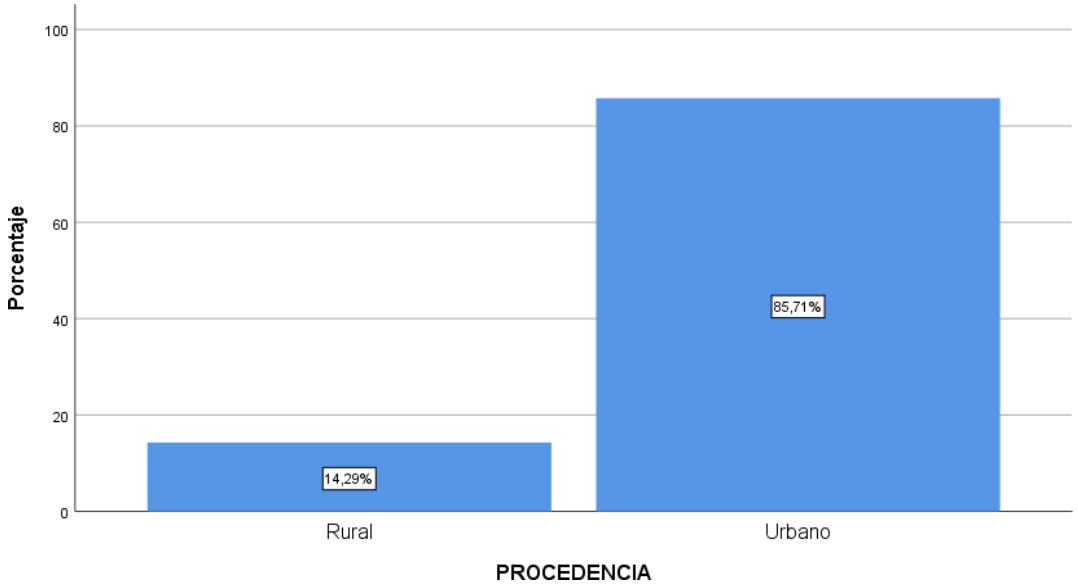

Figura 2: Procedencia de las pacientes con diagnóstico de diagnóstico de quiste de ovario, en el servicio de Ginecología del "Instituto Nacional de Salud del Niño" 2014-2019

De la Figura 2 se observa que el 85,71% de las pacientes tuvo procedencia urbana

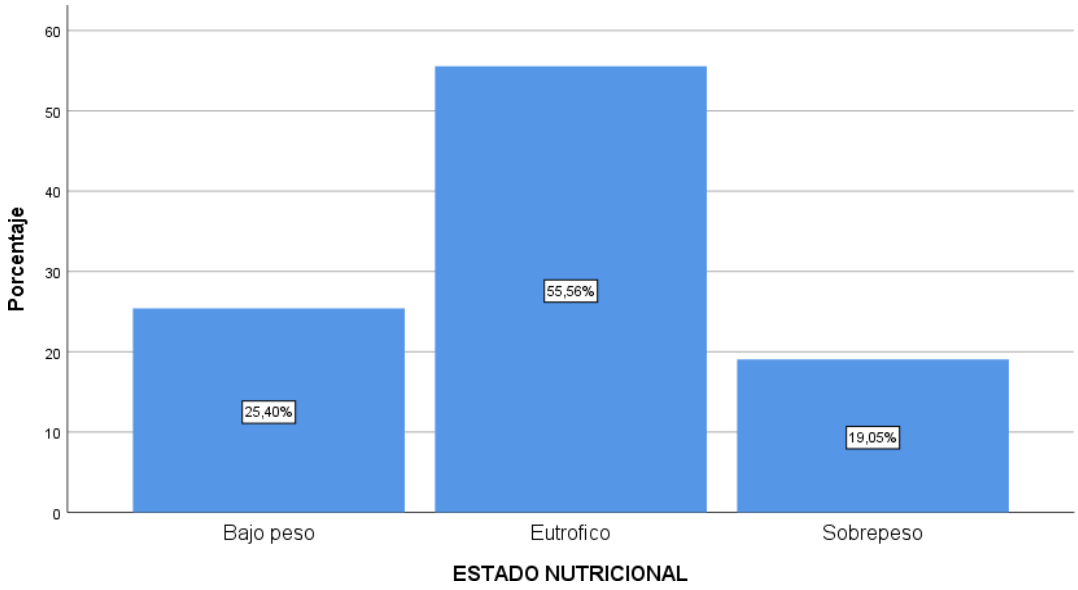

Figura 3: Estado nutricional de las pacientes con diagnóstico de diagnóstico de quiste de ovario, en el servicio de Ginecología del "Instituto Nacional de Salud del Niño" 2014-2019

De la Figura 3 podemos observar que en relación al estado nutricional se encontró que la mayor cantidad de niñas y adolescentes presentó un peso adecuado o eutrófico de 55% (35), solamente el 25.4% (16) presentaron sobrepeso y 10.05% (12) bajo peso.

Características clínicas

Tabla 1

Características clínicas de las pacientes con diagnóstico de quiste de ovario

Características clínicas	n	%
Síntoma		
Dolor abdominal	61	96.8
Náuseas	1	1.6
Vómitos	1	1.6
Signo		
Irritación peritoneal	22	17
Masa palpable	41	66
Tamaño del Quiste		
>10cm	36	57
8-10	5	9.1
5-8	22	34.2

Fuente: Elaboración propia

De la tabla 1, observamos que dentro de las manifestaciones clínicas presentadas por las niñas obtuvimos que el 96.8% (61) presentaron como principal síntoma el dolor abdominal, seguido por las náuseas 1.6% (1)y vómitos 1.6 % (1).

El signo que predomino en la revisión fue la irritación peritoneal con el 17% (22) y la masa palpable solo fue registrada en el 66% (41).

Dentro del reporte post emitido por el radiólogo en relación al tamaño del quiste de ovario, observamos que el 57% (36) presentaron un quiste con medida de más de 10 cm, seguido de las que presentaron quistes de ovario con medidas de entre 8 a 10 cm con un 9.1%% (5) y por último los quistes entre 5 a 8 cm representan el 34.2% (22).

A la mayoría de estas niñas intervenidas quirúrgicamente por quiste de ovario se les realizo ultrasonido pélvico – abdominal en un 100% (63).

Características quirúrgicas

Tabla 2.

Características quirúrgicas de las pacientes con diagnóstico de quiste de ovario

Características quirúrgicas	**n**	**%**
Tipo		
Unilaterales	61	96.8
Bilaterales	2	3.2
Tipo de cirugía		
Emergencia	41	65
Programada	22	35
Hallazgos posperatorios		
Quiste de ovario torcido	41	65
Quiste de ovario no torcido	22	35
Torción		
Lado derecho	39	96.9
Lado izquierdo	2	3.1
Tipo de cirugía		
Ooforectomía	33	52.3
Quistectomía	26	41.2
Anexectomía	4	3.5
Total	63	100

Fuente: Elaboración propia

De la tabla 2. se evidenció que los quistes de ovario unilaterales son los más frecuentes representados por un 96.8% (61), y los quistes bilaterales con un 3.2% (2). La cirugía realizada por quiste anexial más frecuente la realizada por emergencia representando el 65% (41) y de forma programada con 35% (22).

Dentro de los hallazgos post operatorios se encontró que en 65% (41) pacientes el quiste de ovario estuvo torcido, y en 35% (22) pacientes no estaba torcido, y que el anexo derecho es el más frecuente en sufrir torsión 96.9% (39) en relación al lado izquierdo representa el 3.1% (2). La cirugía que se realizó en orden de frecuencia fue la quistectomia

más ooforectomía en un 52.3% (33) seguida de la quistectomia con un 41.2% (26) y en menor frecuencia la anexectomía con un 3.5 % (4).

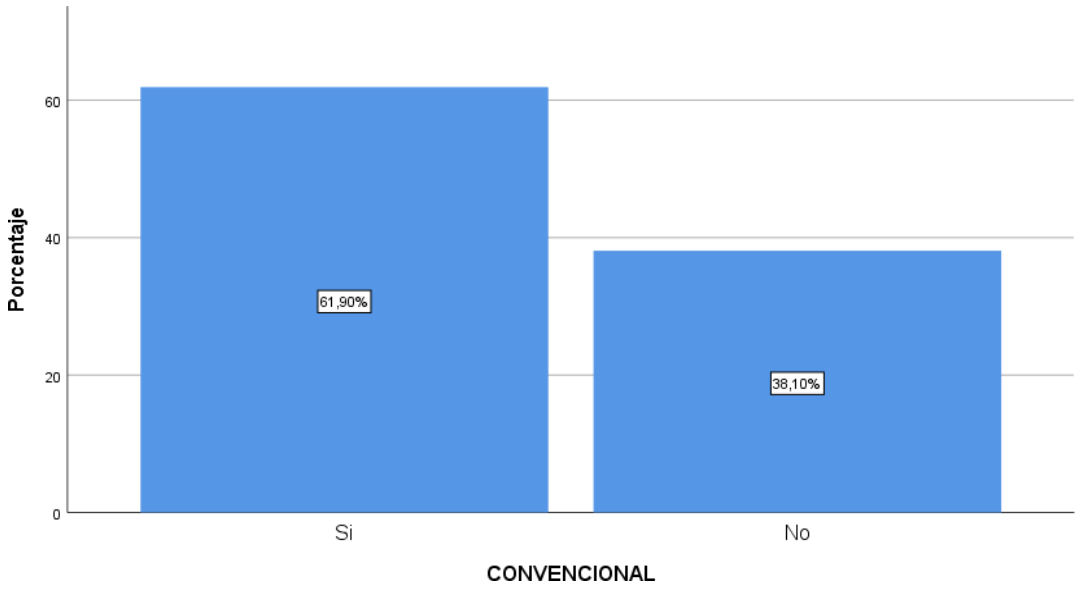

Figura 4: Tratamiento mediante cirugía convencional a las pacientes con diagnóstico de diagnóstico de quiste de ovario, en el servicio de Ginecología del "Instituto Nacional de Salud del Niño" 2014-2019

De la Figura 4 podemos observar que la cirugía fue convencional en 61.9% (39) para el tratamiento de quiste de ovario

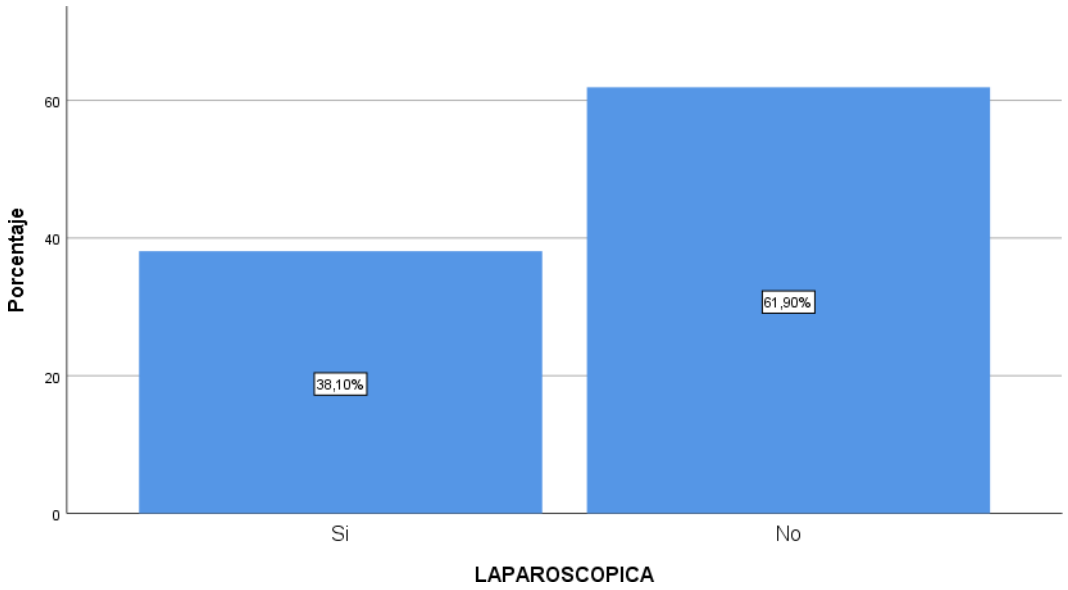

Figura 5: Tratamiento mediante cirugía laparoscópica a las pacientes con diagnóstico de diagnóstico de quiste de ovario, en el servicio de Ginecología del "Instituto Nacional de Salud del Niño" 2014-2019

De la Figura 5 podemos observar que la cirugía laparoscópica se empleó como tratamiento en el 38.1% (24) de los casos de niñas con diagnóstico de quiste de ovario.

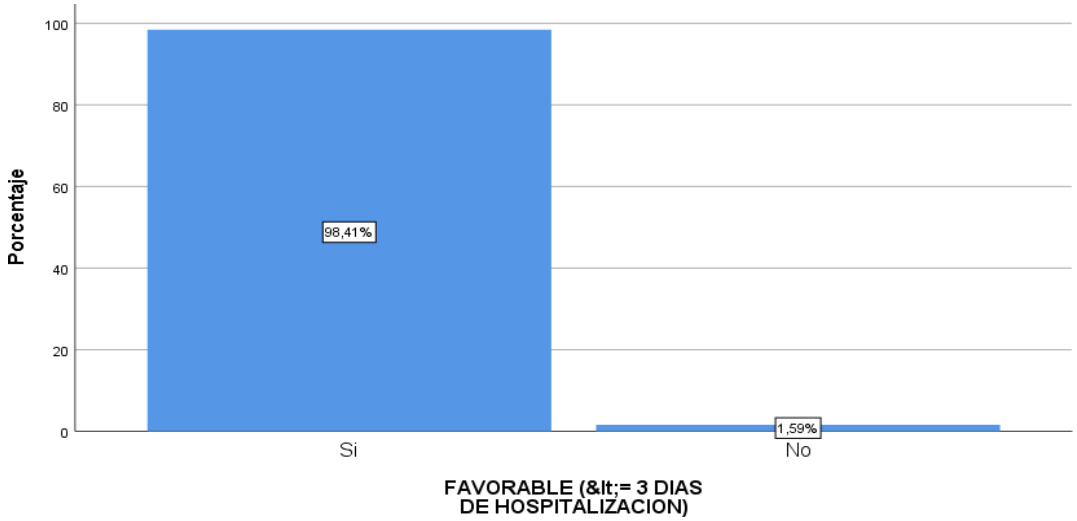

Figura 6: Tipo de evolución de las pacientes con diagnóstico de diagnóstico de quiste de ovario, en el servicio de Ginecología del "Instituto Nacional de Salud del Niño" 2014-2019

De la Figura 6 podemos observar que en relación a la evolución de las niñas con quiste de ovario observamos que el 98% (62) tuvieron una buena evolución y fueron dadas de alta en su totalidad, no se reportaron fallecidos por esta patología, solo 1.5% (1) desfavorable.

Características histopatológicas

Tabla 3.

Características histopatológicas de los quistes de ovario

Tipo Histológico	n	%
Endometriosico	30	47.3
Cistoadenoma seroso	20	31.7
Teratoma maduro	5	7.9
Quiste de cuerpo lítero	3	4.7
Teratoma inmaduro	2	3.1
Quiste de célilas granulosa	1	1.5
Fibroma	1	1.5

Quiste mulleriano	1	1.5
Total	63	100

Fuente: Elaboración propia

Según la Tabla 1. El tipo histológico más frecuente fue el quiste endometriosico 47.6% (30), seguido de cistoadenoma seroso 31.7% (20) además el teratoma maduro con 7.9% (5), quiste de cuerpo luteo con4.7 % (3), teratoma inmaduro 3.1% (2), quiste de las células de la granulosa 1.5% (1), fibroma 1.5% (1) y quiste mulleriano 1.5% (1).

Correlación epidemiológica (edad) en pacientes con quistes anexiales.

Tabla 4.

Correlación entre la edad del adolescente con quistes de ovario en niñas y adolescentes del INSN 2014-2019

		Quiste			
		Unilateral	Bilateral	Total	p valor
Rango de edad	Lactantes (28 dias a 2 años)	1	1	2	
	Niñas (2 a 10 años)	7	0	7	0,009
	Adolescentes (11 a 18 años)	52	2	54	
Total		60	3	63	

Fuente: Elaboración propia

De la tabla 4 se determinó, que existe asociación entre las características epidemiológicas como la edad en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario en el Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019, los resultados nos indican que, si hay asociación entre estas, siendo determinadas con un valor de p=,009, mediante el coeficiente de contingencia, que existe mediana asociación entre edad de los adolescentes con quistes de ovario (C=,362; p= ,009 < ,05).

Correlación epidemiológica (estado nutricional) en pacientes con quistes anexiales.

Tabla 5.

Correlación epidemiológica (estado nutricional) con la presencia de quistes de ovario en niñas y adolescentes del INSN

		Quiste		Total	p valor
		Unilateral	Bilateral		
Estado Nutricional	Bajo peso	15	1	16	0,706
	Eutrofico	34	1	35	
	Sobrepeso	11	1	12	
Total		60	3	63	

Fuente: Elaboración propia

Según la Tabla 5. La asociación entre las características epidemiológicas del estado nutricional (bajo peso, eutrófico, sobrepeso) en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario en el Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019, los resultados indican que no existe asociación entre la edad de la niña o adolescente con la presencia de quistes anexiales, siendo determinadas con un valor p=,706. (C=,105; p= ,706 > ,05).

Correlación clínica (dolor) en pacientes con quistes anexiales.

Tabla 6.

Correlación clínica (dolor abdomino pélvico) con la presencia de quistes de ovario en niñas y adolescentes del INSN.

		Quiste		Total	P valor
		Unilateral	Bilateral		
Dolor abdomino pélvico	Si	59	2	61	0,002
	No	1	1	2	
Total		60	3	63	

Fuente: Elaboración propia

Según la Tabla 6, existe asociación entre las características clínicas como el dolor abdomino pélvico en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario en el Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019, se determinó, mediante el coeficiente de contingencia, que existe mediana asociación clínica (dolor abdomino pélvico) con la presencia de quistes de ovario en niñas y adolescentes del INSN (C=,359; p= ,002 < ,05)

Correlación clínica (irritación peritoneal) en pacientes con quistes anexiales.

Tabla 7.

Correlación clínica (irritación peritoneal) con la presencia de quistes de ovario en niñas y adolescentes del INSN

		Quiste		Total	P valor
		Unilateral	Bilateral		
Irritación Peritoneal	Si	9	2	11	0,021
	No	51	1	52	
Total		60	3	63	

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 7 podemos observar que las características clínicas como la irritación peritoneal en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario en el Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019 se asociacian, ya que se determinó, mediante el coeficiente de contingencia, que existe baja asociación clínica (irritación peritoneal) con la presencia de quistes de ovario en niñas y adolescentes del INSN (C=,278; p= ,021 < ,05).

Correlación clínica (masa palpable) en pacientes con quistes anexiales.

Tabla 8.

Correlación clínica (presencia de masa palpable) con la presencia de quistes de ovario en niñas y adolescentes del INSN

		Quiste		Total	P valor
		Unilateral	Bilateral		
Masa palpable	Si	39	3	42	0,209
	No	21	0	21	
Total		60	3	63	

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 8 se visualiza que no existe asociación entre las características histopatológicas como la presencia de teratoma inmaduro con la edad de presentación ya que se determinó, mediante el coeficiente de contingencia, que no existe asociación clínica (presencia de masa palpable) con la presencia de quistes de ovario en niñas y adolescentes del INSN (C=,156; p= ,209 > ,05).

Correlación de las características histopatológicas (teratoma inmaduro) en pacientes con quistes anexiales.

Tabla 9

Correlación del teratoma inmaduro con el grupo etario en niñas y adolescentes del INSN.

		Teratoma inmaduro			P valor
		Si	No	Total	
Rango de edad	Lactantes (28 días a 2 años)	0	2	2	
	Niñas (2 a 10 años)	0	7	7	0,842
	Adolescentes (11 a 18 años)	2	52	54	
Total		2	61	63	

Fuente: Elaboración propia

De la tabla 9 se observa que no existe asociación entre las características histopatológicas como la presencia de teratoma inmaduro con la edad de presentación en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario en el Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019 ya que se determinó, mediante el coeficiente de contingencia, que no existe asociación entre teratoma inmaduro con el grupo etario de niñas del INSN (C=,074; p= ,842 > ,05).

Correlación de las características quirúrgicas (cirugía de emergencia) en pacientes con quistes anexiales.

Tabla 10.

Correlación quirúrgica (cirugía de emergencia) con presencia de quiste de ovario torcido del lado derecho en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste anexial en el INSN.

		Quiste ovario derecho		Total	P valor
		Si	No		
Emergencia	Si	37	3	40	0,000
	No	2	21	23	
Total		39	24	63	

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 10 se observa que existe asociación entre las características quirúrgicas como la realización de cirugía de emergencia y presencia de quiste de ovario torcido en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario en el Instituto Nacional de Salud del Niño 2014- 2019. Esto se determinó, mediante el coeficiente de contingencia, que existe fuerte (alta) asociación quirúrgica (cirugía de emergencia) con la presencia de quiste de ovario torcido del lado derecho. (C= ,639; p= ,000)

Análisis, interpretación y discusión de resultados.

Este estudio trato de determinar el grado de asociación de las características epidemiológicas, clínicas, histopatológicas y quirúrgicas en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario, además determinar la incidencia de mencionada patología de acuerdo a grupo etario, características sociodemográficas, síntomas y signos más frecuentes de presentación sean estas en consulta externa o por emergencia, finalmente saber cuáles son las técnicas quirúrgicas realizadas actualmente, y por último el tipo de quiste según estirpe más frecuente en niñas y adolescentes.

La edad promedio de aparición de quistes de ovario fue entre 10 a 18 años situación muy similara los datos obtenidos por **Quero et al (2005)**, quien encontró como valor medio de edades de pacientes con quistes de ovario de 15 años, además **Hongqian et al (2013),** indica quela incidencia de tumores de ovario aumenta con la edad, especialmente en mayores de 14años, y para culminar Kaya **et al (2014)** también encuentra que la edad de presentación de quis fue de entre 12 a 16 años.

En nuestro estudio no encontramos asociación significativa entre la presencia de tumores de carácter maligno o neoplasico y su presentación en niñas menores de 10 años como menciona la bibliografía, pero si encontramos que en el estudio de Peroux et al (2014) menciona en suestudio "**Ovarian tumors in children and adolescents",** que la mayor frecuencia de tumores malignos están en niños entre 0 y 2 años; estos datos nos permiten analizar que la edad dependería mucho quizás de la raza europea y africana muy distinta a nuestra raza latino americana.

En cuanto al síntoma de mayor frecuencia de presentación clínica fue el dolor abdominal similares a los encontrados por **Xiangao et al (2005)** quien en su estudio de 203 casos encontró que la sintomatología más frecuente en quistes de ovario fue el dolor abdominal; semejante **a Tuncer et al (2012)** quien en su estudio de Ovarian masses in infant- juvenile age encontró que el síntoma más frecuente también fue el dolor abdomino pélvico en un (85.7 %).Se puede interpretar que el sintoma predominante de la presentación de un quiste ovarico en todos los estudios y en el nuestro es el dolor abdominal.

Inmaduro representando el 1.5 % encontrándose diferencias con diferencias con **Hernandez et al (2005)** quien en su estudio encontró que la estirpe maligna más frecuente fue el disgerminoma con un 34 %, y Schulin et al (2006) encontró en su estudio con 37.5% a tumores de células germinales y en Asia con Xiangao et al (2013) la estirpe maligna más frecuente también es los tumores de células germinales; encontrándose muchas diferencias en su frecuencia de presentación con nuestro estudio y los estudios presentados a nivel de Mexico, Chile y Asia.

Dentro de los quistes de estirpe benigna en nuestro estudio en orden de frecuencia estuvo representado por el quiste endometriosico representando un 47.6 % seguido del cistoadenoma seroso con un 31.7 % y con 7.9% con teratoma maduro; coincidiendo con Quero et al (2005) en su estudio realizado en México donde obtiene un 54 % de teratomas maduros y un 39 % de cistoadenomas y con Schulin et al (2006) quien en chile en su estudio de "Tumores anexiales en niñas y adolescentes experiencia del hospital clínico de la universidad católica de chile, 1991-2003" encuentra que el teratoma maduro representa la mayor frecuencia con un 31.1 % esto se podría explicar por las similitudes de etnia y raza que tenemos en común los países latinoamericanos. Casos de mediana similitud se encuentra con Pantoja et al (2000) quien en su estudio se encuentra que los cistoadenomas seroso son los más frecuentes ya que representan el 45 % y el quiste dermoide en un 20%; motivo por el cual podríamos afirmar que nuestro estudio guarda similitudes casi completas en cuanto al tipo de histológico benigno con relación a los demás estudios.

Dentro de los quistes de estirpe limitrofe en nuestro estudio se encontro 1 solo caso de teratoma inmaduro representando el 1.5 %; encontrándose diferencias con con **Hernandez et al (2005)** quien en su estudio encontró que la estirpe maligna más frecuente fue el disgerminoma con un 34 %, y Schulin et al (2006) encontró en su estudio con Hernandez et al (2005) quien en su estudio encontró que la estirpe maligna más frecuente fue el disgerminoma con un 34 %, y Schulin et al (2006) encontró en su estudio con 37.5% a tumores de células germinales y en Asia con Xiangao et al (2013) la estirpe maligna más frecuente también es los tumores de células germinales; encontrándose muchas diferencias en su frecuencia de presentación con nuestro estudio y los estudios presentados a nivel de mexico, chile y Asia.

El tamaño del quiste como hallazgo postoperatorio más frecuente en nuestro estudio fue mayores de 10 cm representando un 57%, caso similar al estudio por Ramazan et al (2013) en cuyos hallazgos encontraron que la media de tamaño de quistes de ovario fue 10 centimetros, independientemente del tamaño mayor de 10 cm tenemos que tener en consideración que su presencia o ausencia siempre tiene que ser evaluado de acuerdo al volumen ovarico para cada edad ; si bien es cierto el tamaño mas frecuente encontrado fue mas de 10 cm ; este tamaño es realmente significativo si tenemos un volumen ovárico de 2cc en en una niña de 2 años a mas o una lactante . Determinar siempre el tamaño de estos quistes según edad de la paciente es importante porque determinara mucho la conducta quirúrgica o conservadora.

La cirugía que se realizó con mayor frecuencia fue la de emergencia y la técnica operatoria más realizada fue la cirugía abierta o convencional ; no coincidiendo con Xiangao et al (2013) quien en su estudio encontró que el 98 % de cirugías se realiza vía laparoscópica ; mencionado abordaje es el que mejor resultados se ha visto que ofrece en cuanto a tiempo operatorio , pérdida de sangre y días de hospitalización; en nuestro estudio no es el de primera elección cuando realizamos cirugías de emergencia debido a que usualmente solo se cuenta con un solo cirujano durante el acto operatorio motivo por el cual se opta por la cirugía convencional, además cabe recalcar que casi todas las pacientes acuden por emergencia y en mucha menor frecuencia por consulta externa motivo por el cual realizar una cirugía laparoscópica involucra la participación de 2 ginecólogos de emergencias situación que no se da actualmente por el déficit de personal medico.

V. CONCLUSIONES

1. Entre las características clínicas, el síntoma clínico que mayormente presentan son el dolor abdomino pélvico asociado a vómitos y nauseas en menor prevalencia; además el signo clínico de masa palpable e irritación peritoneal muchas veces reflejan el gran tamaño del quiste y la posible torsión como complicación. Se halló asociación entre la presencia de dolor abdomino pélvico y la irritación peritoneal en pacientes con diagnóstico de quiste anexial.

2. Entre las características epidemiológicas, las niñas y adolescentes con quistes anexiales atendidas en el Instituto Nacional de Salud del Niño son en su mayoría adolescentes, provienen del área urbana, la gran mayoría cursa con un estado nutricional adecuado (eutrófico). Existió asociación con la edad y no fue asi con el estado nutricional

3. Entre las características histopatológicas la mayoría de los quistes de ovario en niñas y adolescentes miden más de 10 cm, son unilaterales y su mayor frecuencia de torsión es el ovario derecho. El tipo de quiste más frecuente encontrado es el quiste endometriosico, seguido por el cistoadenoma seroso y el quiste de cuerpo lúteo, y en un porcentaje mínimo de frecuencia los teratomas inmaduros. No existió asociación entre la presencia de quiste de tipo teratoma inmaduro en relación con la edad de la paciente.

4. Entre las características quirúrgicas, la cirugía realizada mayormente es la cirugía convencional y el tipo de abordaje quirúrgico que se realizo fue mayormente la quistectomia más ooforectomía, seguido de quistectomia y en un mínimo porcentaje la anexectomía. También existió asociación entre la cirugía de emergencia que se realiza en emergencia con los hallazgos postoperatorios encontrados como son quistes torcidos.

VI. RECOMENDACIONES

1. Conocer el perfil de la presentación clínica como el tipo de dolor, presencia de masa palpable en pacientes con quiste anexial, nos permitirá identificar fácilmente a pacientes con esta patología y evitar sus posibles complicaciones como son la torsión anexial y terminar en un manejo quirúrgico como es la anexectomia o quistectomia más ooforectomía. Identificar el dolor abdominal e irritación peritoneal en la evaluación clínica de las pacientes, nos ayudan aidentificar la patología anexial.

2. Mantener siempre presente que existe esta patología en las niñas y adolescentes será de especial importancia para establecer un diagnóstico oportuno. Fomentar el conocimiento del manejo quirúrgico adecuado de los quistes anexiales en niñas y adolescentes, ayudara a evitar mutilaciones del anexo afectado por torsión. Promover el uso de ecografías pélvicas como método de ayuda diagnostica en pacientes que cursen con dolor abdomino pélvico, ya que promoverían el manejo adecuado de los quistes de ovario en niñas y adolescentes.

3. Promover el manejo conservador en las cirugías ya que la mayoría de quistes anexiales son de estirpe benigno en niñas y adolescentes, nos permitirá ser conservadores en el manejo quirúrgico.

4. Recalcar que para estos casos se debe usar la cirugía laparoscópica ya que siempre será la que tenga menos complicaciones a corto y largo plazo, además de que como el tiempo de recuperación post operatorio es más corto.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acosta., G. (2020). *Frecuencia de tumoraciones de ovario en pacientes adolescentes que asistieron a consulta de ginecología oncológica del Instituto de Oncología Doctor Heriberto Pieter*. Julio, 2017 - marzo, 2020.

Amy R. Mehollin-Ray, Schallert, Erica K., Paulette I. Abbas, Martin C. Price, Jennifer E. Dietrich, y Robert C. Orth. (2019). Physiologic Ovarian Cysts versus Other Ovarian and Adnexal Pathologic Changes in the Preadolescent and Adolescent Population: US and Surgical Follow-Up. *Radiology,* 292(1),172-78. doi: 10.1148/radiol.2019182563.

Antillón, J. J. (2005). *Historia y filosofía de la medicina*. Editorial Universidad deCosta Rica.

Armas, A. L., P. Taboada, J. M. Pradillos, L. L. Rivera, R. Méndez, E. Estévez ,
P. Rodríguez, A. Bautista, y R. Varela Cives. (2010). Tratamiento quirúrgico de los quistesováricos perinatales. *Cir. Pediátr,* 225-28.

Aquino C. N. (2022) Características epidemiológicas, clínicas, histopatológicas yquirúrgicas en adolescentes con tumoración de ovario de un hospital nacional. Revista deInvestigacióon Científica Ágora, 09(2), 10-14

Bel, S., A. Gaudineau, V. Thoma, O. Garbin, N. Sananes, E. Baulon, M. Hummel,
A. Wattiez, J. J. Baldauf, y C. Akladios. (2016). Tratamiento de los quistes de ovario.
EMC - Ginecología-Obstetricia, 52(4),1-16. doi: 10.1016/S1283-081X(16)79121-1.

Braungart, Sarah, CCLG Surgeons Collaborators, Ross J. Craigie, Paul Farrelly, yPaul D. Losty. (2020) Operative Management of Pediatric Ovarian Tumors and the Challenge of Fertility-Preservation: Results from the UK CCLG Surgeons Cancer GroupNationwide Study. *Journal of Pediatric Surgery,* 55(11),2425-29. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2020.02.057.

Braungart, S., y Charlotte., V. (2022). Recurrence and Metachronous Disease in Children with Benign Ovarian Tumors: A Systematic Review of the Literature. *European*

Journal of Pediatric Surgery: Official Journal of Austrian Association of PediatricSurgery Zeitschrift Fur Kinderchirurgie, 32(1),98-104. doi: 10.1055/s-0041-1740997.

Cardona, F (1988). Quistes germinales. *A propósito de tres casos*. *Oris* 38(2),49-54.

Chapron, , P., Habib, Marco., y Jean-Bernard, D. (2002) Management of ovarian endometriomas. *Human Reproduction Update* 8(6),591-97. doi:10.1093/humupd/8.6.591.

Cordoba A, Reyes G. (1999). Tumor de la granulosa del ovario. *Ginecol. Obstet,* 151 -54.

Dasgupta, Roshni, Elizabeth Renaud, Adam B. Goldin, Robert Baird, Danielle B. Cameron, Meghan A. Arnold, Karen A. Diefenbach, Ankush Gosain, Julia Grabowski, Yigit S. Guner, Tim Jancelewicz, Akemi Kawaguchi, Dave R. Lal, Tolulope A. Oyetunji,Robert L. Ricca, Julia Shelton, Stig Somme, Regan F. Williams, y Cynthia D. Downard. (2018) Ovarian Torsion in Pediatric and Adolescent Patients: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Surgery* 53(7),1387-91. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2017.10.053.

Diepgen, P. (2020). *Historia de la Medicina*. Walter de Gruyter GmbH & Co KG.

Ezcurra Irure, R., N. Lamberto, y V. Peñas. (2009) Abdominal-pelvic pain in gynaecology. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra* 32 Suppl 1:49-58. doi: 10.23938/ASSN.0194.

Fernandez, D., y Teodoro, L. (1984). *Poliquistosis ovárica.* Disponible en:https://repositorio.binasss.sa.cr/xmlui/handle/20.500.11764/2663

Fuentealba, I. (2006). Quistes ováricos en recién nacidas, niñas y adolescentes: aspectos ultrasonográficos. *Revista chilena de radiología,* 12(1),15-20. doi: 10.4067/S0717-93082006000100006.

Goldstein, E. (2000). Tumores ováricos benignos y malignos en niñas y la adolescente*»* México: McGraw Hill interamericana, 12(19), 423 - 440.

Graña-Aramburú, A. (2015). Filósofos que contribuyeron al progreso de la medicina. *Acta Médica Peruana*, *32*(1), 41-49.

Green JL, Maxon WS. (2007). *Ovarian Tumors in children and adolescent.* 607,1-2.

Grigore, M., Mara M., Loredan, H., Bogdan ,T., Odett, D., y Razvan, P. (2021). Large Ovarian Tumors in Adolescents, a Systematic Review of Reported Cases, Diagnostic Findings and Surgical Management. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology,* 60(4),602-608. doi: 10.1016/j.tjog.2021.05.005.

Gutiérrez, I., Jefferson, L., Rechkemmer, A., & Contreras, H. (2001). Poliquistosis ovárica: hallazgos clínicos y hormonales. *Ginecol Obstet (Perú)*, *47*(1), 16-21.

Heerden J, Tjalma W. (2019). The Multidisciplinary Approach to Ovarian Tumours in Children and Adolescents. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 243:103-10. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.10.032.

Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: Impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, *10*(2), 1-10.

Honggian L., Wang, X., Lu, D., Liu, Z., & Shi, G. (2013). Ovarian masses in children and adolescents in China: analysis of 203 cases. Journal of ovarian research, 6, 47. https://doi.org/10.1186/1757-2215-6-47

Idris, S., Suzanna, D., Nurulhuda, S.,, y Samantha, T., Mei, Li. (2021). «A Case of Twisted Ovarian Cyst in a Young Patient and Review of the Literature». *The American Journal of Case Reports* 22, e933438. doi: 10.12659/AJCR.933438.

Irastorza,J., Luján, I., Hernández, M., Gudelia, F., y Aquiles R. (2006). Prevalencia de quistes simples de ovario diagnosticados por ultrasonido en mujeres posmenopáusicas. *Ginecología y Obstetricia de México,* 74(10),532-36.

Kaya, O., Esen, K., Gulek, B., Yilmaz, C., Soker, G., & Onem, O. (2014). The inguinal herniation of the ovary in the newborn: ultrasound and color Doppler ultrasound findings. Case reports in radiology, 2014, 281280. https://doi.org/10.1155/2014/281280

Le Frère-Belda, M. A. (2014), Clasificación histopatológica de los tumores ováricos. *EMC - Ginecología-Obstetricia,* 50(3),1-24. doi: 10.1016/S1283- 081X(14)68443-5.

Libreros, L. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. Cubana Salud Pública, 38(4), 622-628.

López, Jorge ., Rodríguez, R., Corteguera, M y López, L. (2007) Cistoadenomaseroso del ovario: a propósito de dos casos. *Rev cienc méd habana*, 13(2), 4

López Milián, M., Méndez López, M., & Méndez López, L. (2016). Quiste deovario en niñas: enfoque actual del problema. Revista Información Científica, 95(1), 202-212. Recuperado de https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/151/1449

Luzzatto, C., P. Midrio, T. Toffolutti, y V. Suma. (2000). Neonatal Ovarian Cysts:Management and Follow-Up. *Pediatric Surgery International,* 16(1-2),56-59. doi: 10.1007/s003830050015.

Manzur, A., Hormaza, P., Duque, G., Silva, R., Bianchi, Marcelo., Zeidan, R., Enríquez, R., y Valdivia M. (1996). Efecto de quistes ováricos basales en el estudio del ciclo menstrual e inducción de ovulación. *Rev. chil. obstet. Ginecol,* 82-87.

Matamoros, Y. (1981). Anatomía e histología del sistema reproductor del tepezcuinte (Cuniculus paca). *Revista de Biología Tropical*, *29*(1).

López, M., Méndez, M., y Méndez, L. (2016). Quiste de ovario en niñas: enfoque actual del problema. *Revista Información Científica,* 95(1),202-12.

Minon, R. (1951). Left ovarian cyst with symptomatology of right iliac fossa. *Revista Clinica Española*, 43(4), 276-77.

Molina, E. (2003). *Tumores del aparato genital de la niña y la adolescente*

Moreno, J. M. (2009). *Características Clínico Epidemiológicas Del Abdomen Agudo Quirúrgico De Causa Ginecológica En El Hospital Nacional Arzobispo Loayza Durante El 2007.*

Norris HJ, Chorlton. (1974) Tumores funcionales del ovario. *Clín Obstet Ginecol*. Marzo 185-224.

Pantoja, C., González, C., Mendoza, G, Salazar F. (2000) Patología TumoralOvárica en Adolescentes. Ginecologia y Obstetricia, 46(3), 258-261.

Pérez, M. E., J. García, J. García, J. A. Bello, M. Salgado, y J. L. Fírvida Pérez. (2006). Tumor de células de la granulosa ovárico (TCG) juvenil: a propósito de un caso. *Oncología (Barcelona),* 29(7),33-37.

Péroux, E., Franchi-Abella, S., Sainte-Croix, D., Canale, S., Gauthier, F., Martelli,H., Pariente, D., & Adamsbaum, C. (2015). Ovarian tumors in children and adolescents: a series of 41 cases. Diagnostic and interventional imaging, 96(3), 273–282. https://doi.org/10.1016/j.diii.2014.07.001

Pons, L.,, García O, Salmon, A., Macías A, Guerrero, C. (2012). Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. *MEDISAN*,16(6),920-31.

Quero-Hernández A, Hernández-Arriola J, Socorro, Z.,Pérez-Bautista A. (2005) Tumores del ovario en niñas y adolecentes, en un hospital general. Revista Mexicana de Pediatria, 72(4), 1-6

Rodríguez, R., Lomelí, M, y Rodíguez, L. (2000) Diagnóstico prenatal de quiste de ovario fetal, resolución espontánea posnatal. *Ginecol. obstet. Méx,* 349-52.

Saavedra, J. (2002). Síndrome de hiperestimulación ovárica: clasificación, fisiopatología y manejo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 53(3),263-78. doi: 10.18597/rcog.640.

Salinas, V,, Fajardo, G., Luna, J., Luna,V., Ramírez, J., Moreno, A. Tumores Benignos de Ovario en la edad Pediátrica y Adolescencia. Rev Oncol. Ecu2019;29(2):110-118.

Schallert, E. K., Abbas, P. I., Mehollin-Ray, A. R., Price, M. C., Dietrich, J. E., &Orth, R. C. (2019). Physiologic Ovarian Cysts versus Other Ovarian and Adnexal Pathologic Changes in the Preadolescent and Adolescent Population: US and Surgical Follow-up. Radiology, 292(1), 172–178. https://doi.org/10.1148/radiol.2019182563

Schneider, D. T., G. Calaminus, R. Wessalowski, R. Pathmanathan, D. Harms, y U. Göbel.(2002) Therapy of Advanced Ovarian Juvenile Granulosa Cell Tumors». *Klinische Padiatrie,* 214(4),173-78. doi: 10.1055/s-2002-33183.

Schumer, Susan Tinsley, y Stephen A. Cannistra. (2003). «Granulosa Cell Tumorof the Ovary». *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 21(6),1180-89. doi: 10.1200/JCO.2003.10.019.

Schulin-Zeuthen P, Carolina, Jourdan H, Francisca de, Merino O, Paulina, Etchegaray A, Alejandra, Pomés C, Cristián, Castiblanco G, Adriana, & Cuello F,Mauricio. (2006). Tumores anexiales en niñas y adolescentes: experiencia del hospital clínico de la universidad católica de chile, 1991-2003. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 71(3), 174-183. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000300006

Sogia k. (2007) «Profile of gynecol obstetricsconsultations of youngs girls and adolescent. s.l.» Medical Center, 14(1), 63- 74.

Sonmez, Kaan, Zafer Turkyilmaz, Ramazan Karabulut, y A. Can Basaklar. (2018)Ovarian Masses in Infant-Juvenile Age». *Archivos Argentinos De Pediatria* 116(3), e359- 64. doi: 10.5546/aap.2018.eng.e356.

Templeman, C., M. E. Fallat, A. Blinchevsky, y S. P. Hertweck. (2000) Noninflammatory Ovarian Masses in Girls and Young Women». *Obstetrics and Gynecology,* 96(2),229-33. doi: 10.1016/s0029-7844(00)00929-7.

User, İdil R., Süleyman C. Karakuş, Bülent H. Özokutan, Vedat Akçaer, Bayram Burulday, y Haluk Ceylana. 2019. «Can Preoperative Findings Help to Interpret Neoplastic and Non-Neoplastic Lesions of Ovary and Affect Surgical Decisions inChildren and Adolescents? *Archivos Argentinos De Pediatría*,117(5),294-400. doi: 10.5546/aap.2019.eng.294.

Urbina, C., Sandoval,I.(2005) Tumoración Anexial en Adolescentes. RevistaPeruana de Ginecología y Obstetricia, 51(1), 15-18. https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428175003.pdf}

Tuncer, Z. S., Boyraz, G., Yazıcıoğlu, A., Selcuk, I., & Yücel, S. Ö. (2012). Brainmetastasis as an initial manifestation of ovarian carcinoma: a case report. Case reports inmedicine, 2012, 735026. https://doi.org/10.1155/2012/735026 (Retraction published Case Reports In Medicine. Case Rep Med. 2013;2013:467654)

VIII. ANEXOS

1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Características epidemiológicas, clínicas, histopatológicas y quirúrgicas de las niñas con diagnóstico de quistes de ovario en el Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019.

ANEXO I.-Características EpidemiológicasEdad:

Recién nacidas (0 a 27 días):	
Lactantes (28 días hasta los 2 años):	
Niñas (2 a 10 años):	
Adolescentes (12 a 18 años cumplidos):	

Procedencia:

Rural	
Urbano	

Estado Nutricional:

Bajo Peso	
Eutrófico	
Sobrepeso	
Obesidad	

II. Características clínicas

Síntomas

	SI	NO
Dolor abdominal		
Nauseas		
Vómitos		

Signos:

	SI	NO
Irritación peritoneal		
Masa palpable		

Hallazgos Radiológicos

	SI	NO
Ultrasonido pélvico		

Medidas de masa anexial:

	SI	NO
Quiste entre 5 a 8 cm		
Quiste entre 8 a 10 cm		
Quiste de más de 10 cm		

Características del quiste:

	SI	NO
Quiste unilateral		
Quiste bilateral		

Características Histopatológica

	SI	**NO**
Quiste de cuerpo lúteo		
Quiste endometriosico		
Cistoadenoma		
Teratoma maduro		
Fibroma		
Adenocarcinoma endometrioide		
Adenocarcinoma intestinal		
Teratoma inmaduro		
Disgerminoma		
Tumor del seno endodérmico		
Tumor de células de la granulosa		
Androblastoma		
Tumor de Sertoli-Leydig		
Rabdomiosarcoma		

III. Características Quirúrgicas:

Indicación quirúrgica

Indicación quirúrgica	SI	NO
Emergencia		
programada		

Técnica Quirúrgica Utilizada

Técnica quirúrgica	SI	NO
Laparoscópica		
Convencional		

Hallazgos Post operatorios

	SI		NO	
	No torcido	Torcido	No torcido	Torcido
Quiste de ovario derecho				
Quiste de ovario izquierdo				
Quistes bilaterales				

Tipo de cirugía

	SI	NO
Quistectomia		
Quistectomia más anexectomia		
Quistectomia más ooforectomia		

Recuperación post operatoria

Recuperación post operatoria	SI	NO
Favorable (menor o igual a 3 días de hospitalización)		

Desfavorable (mayor a 3 días de hospitalización)		

ANEXO II. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

EXPERTO 1

UNMSM
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN DOCENCIA E
INVESTIGACIÓN EN SALUD 2020

APRECIACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA:
"Correlación, clínica, epidemiológica, histopatológica y quirúrgica en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019"

Dra: Noemi Aquino Cabrera

Estimado Dr. (a): Soledad García Espinoza

Me dirijo a Usted para saludarlo (a) y solicitarle tenga a bien revisar y opinar sobre los instrumentos adjuntos, para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto como inst mo para emitir su juicio.
Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo planificar.do como parte del desarrollo del módulo de Investigación II de la Maestría en Docencia e Investigación en Salud.
A continuación, le presento el criterio, los cuales le permitirán obtener su apreciación del instrumento, siendo para el proyecto importante, ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes. Por favor, colocar un aspa (X) en la columna correspondiente.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	La formulación del problema es adecuada	✓		
2	Los instrumentos facilitarán el logro de los objetivos de investigación.	✓		
3	Los instrumentos están relacionados con la variable de estudio	✓		
4	El número de ítems del instrumento es adecuado.		✓	Se puede incluir mas ítems
5	La redacción de los ítems del instrumento es correcta	✓		
6	El diseño de los instrumentos facilitará el análisis y procesamiento de datos	✓		
7	Eliminaría algún ítem en el instrumento. (Especifique)	✓		
8	Agregaría algún ítem en el instrumento. (Especifique)	✓		
9	El diseño del instrumento será accesible a la población.	✓		
10.	La redacción es clara, sencilla y precisa	✓		

SUGERENCIAS Y/O APORTES:
Se puede mejorar el número de ítems, incluir además de la Ultrasonografía la tomografía y mejorar el tipo.

Muchas Gracias!

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SERVICIO DE GINECOLOGÍA

DRA. SOLEDAD GARCÍA ESPINOZA
MÉDICO GINECÓLOGA OBSTETRA
CMP 35645 RNE 17161

EXPERTO 2

UNMSM
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN DOCENCIA E
INVESTIGACIÓN EN SALUD 2020

APRECIACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA:
"Correlación, clínica, epidemiológica, histopatológica y quirúrgica en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario del Ins ituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019"

Dra: Noemi Aquino Cabrera

Estimado Dr. (a): Claudia Urbina Álvarez

Me dirijo a Usted para saludarlo (a) y solicitarle tenga a bien revisar y opinar sobre los instrumentos adjuntos, para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto como insumo para emitir su juicio.
Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo planificando como parte del desarrollo del módulo de Investigación II de la Maestría en Docencia e Investigación en Salud.
A continuación, le presento el criterio, los cuales le permitirán obtener su apreciación del instrumento, siendo para el proyecto importante, ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes. Por favor, colocar un aspa (X) en la columna correspondiente.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	La formulación del problema es adecuada			
2	Los instrumentos facilitarán el logro de los objetivos de investigación.	X		
3	Los instrumentos están relacionados con la variable de estudio	X		Usar IMC Estado Nutricional
4	El número de ítems del instrumento es adecuado.			
5	La redacción de los ítems del instrumento es correcta	X		
6	El diseño de los instrumentos facilitará el análisis y procesamiento de datos	X		
7	Eliminaría algún ítem en el instrumento. (Especifique)		X	corregirla variable Quirúrgica
8	Agregaría algún ítem en el instrumento. (Especifique)	X		Características del Quiste x ultrasonido
9	El diseño del instrumento será accesible a la población.			
10.	La redacción es clara, sencilla y precisa	X		

SUGERENCIAS Y/O APORTES:

MINISTERIO DE SALUD
TITULO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SERVICIO DE GINECOLOGIA
LAUDIA URBINA ALVAREZ
C.M.P. 3N35 R.N.E. 14259
Asistente de Ginecología

¡Muchas Gracias!

EXPERTO 3

UNMSM
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN DOCENCIA E
INVESTIGACIÓN EN SALUD 2020

APRECIACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA:

"Correlación, clínica, epidemiológica, histopatológica y quirúrgica en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019"

Dra: Noemi Aquino Cabrera

Estimado Dr. (a): Jorge Corimanya Paredes

Me dirijo a Usted para saludarlo (a) y solicitarle tenga a bien revisar y opinar sobre los instrumentos adjuntos, para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto como insumo para emitir su juicio.
Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo planificando como parte del desarrollo del módulo de Investigación II de la Maestría en Docencia e Investigación en Salud.
A continuación, le presento el criterio, los cuales le permitirán obtener su apreciación del instrumento, siendo para el proyecto importante, ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes. Por favor, colocar un aspa (X) en la columna correspondiente.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	La formulación del problema es adecuada	X		
2	Los instrumentos facilitarán el logro de los objetivos de investigación.	X		
3	Los instrumentos están relacionados con la variable de estudio	X		
4	El número de ítems del instrumento es adecuado.	X		
5	La redacción de los ítems del instrumento es correcta	X		
6	El diseño de los instrumentos facilitará el análisis y procesamiento de datos	X		
7	Eliminaría algún ítem en el instrumento. (Especifique)		X	tipo de cirugía es muy redundante
8	Agregaría algún ítem en el instrumento. (Especifique)		X	Agregar Items de Ayuda Diagnostica
9	El diseño del instrumento será accesible a la población.	X		
10.	La redacción es clara, sencilla y precisa	X		

SUGERENCIAS Y/O APORTES:

Aumentar Items que le ayude a caracterizar bien los hallazgos como que características presentan los quistes, mejorar el tipeo (se observa fallas ortograficas).

¡Muchas Gracias!

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SERVICIO DE GINECOLOGÍA
JORGE CORIMANYA PAREDES
CMP 26593 RNE 12519
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA

ANEXO II. Aprobación del Comité de ética

IPSF
Instituto Peruano de Salud Familiar

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA

ACTA Nº 007-2022-CIE-IPSALUDF

La Presidenta del Comité Institucional de Etica del INSTITUTO PERUANO DE SALUD FAMILIAR, deja constancia:

Que, el proyecto de investigación titulado: **"CORRELACIÓN, CLÍNICA, EPIDEMIOLÓGICA, HISTOPATOLÓGICA Y QUIRÚRGICA EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE QUISTE DE OVARIO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO 2014-2019"**, cuyo investigador responsable es: **Aquino Cabrera Noemi Flora**, con DNI: 44626392 y ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1076-4111, fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética del Instituto Peruano de Salud Familiar, en sesión del lunes 5 de setiembre de 2022, considerando los aspectos éticos, pertinencia de la investigación, el rigor metodológico y su calidad científica que rigen en este tipo de investigaciones.

Con base a lo expresado anteriormente, el Comité Institucional de Ética conceptúa que el proyecto cumple con todos los requisitos de calidad exigidos y en consecuencia otorga su aprobación.

Lima, 05 de setiembre de 2022

Diana Karim Matta Solis
Presidente

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA
IPSF

Instituto Peruano de Salud Familiar
www.ipsaludf.org
Lima - Perú

ANEXO III. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Valor	Tipo
Características epidemiológicas	Cantidad de tiempo desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Edad	Recién nacidas 0 a 27 días (escala de razón) Lactantes 28 días hasta los 2 años (escala de razón) Niñas 2 a 10 años (escala de razón) Adolescentes 12 a 18 años cumplidos (escala de razón)	Nominal
	Lugar de origen del paciente.	Procedencia	Urbano Rural	Nominal
	Proceso biológico por el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales	Estado Nutricional	Bajo Peso Eutrófico Sobrepeso Obesidad	Ordinal

Características Clínicas	Referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad. Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica	Síntomas	Dolor abdominal Nauseas Vómitos	Nominal
		Signos	Irritación Peritoneal. Masa Palpable	Nominal
características histopatológicas	Característica histológica del cual proviene determinado quiste (epitelial, germinal estromal)	Hallazgos radiológicos	Dimensión Tipo	Nominal
		Estirpe del Quispe según biopsia	Quiste de cuerpo lúteo Quiste Endometriosico Cistoadenoma Seroso Cistoadenoma Mucinoso Teratoma maduro Fibroma Adenocarcinoma endometrioide	Nominal

			Adenocarcinoma intestinal Teratoma inmaduro Disgerminoma Tumor del seno endodérmico Tumor de células de la granulosa Androblastoma Tumor de Sertoli – Leydig Rabdomiosarcoma	
Características Quirúrgicas	Medio quirúrgico utilizado con el fin de resolver un problema quirúrgico; además conjunto de hallazgos y desarrollo posquirúrgico	Indicación de Cirugía	Emergencia Programada	Nominal
		Técnica Quirúrgica	Laparoscopía Laparotomía	Nominal

		Hallazgos post operatorios	Quiste de ovario derecho con torsión. Quiste de ovario derecho sin torsión. Quiste de ovario izquierdo con torsión. Quiste de ovario izquierdo sin torsión. Quistes bilaterales con torsión. Quistes bilaterales con torsión. sin torsión.	Nominal
		Tipo de cirugía	Quistectomia Quistectomia más anexectomía Quistectomia más ooforectomia	Nominal
		Recuperación post operatoria	Favorable (3 días) Desfavorable (3 a 6 días)	Nominal

ANEXO IV. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Cuáles es el grado de correlación entre las características, clínicas, epidemiológicas histopatológicas y quirúrgicas en niñas y adolescentes con diagnóstico de quiste de ovario del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019?	**Objetivo General** Determinar el grado de correlación entre las características clínicas, epidemiológicas histopatológicas y quirúrgicas con el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019. **Objetivos específicos**	**Hipótesis General** Existe un grado de correlación entre las características clínicas, epidemiológicas histopatológicas y quirúrgicas con el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019 **Hipótesis específicas**	1. Características clínicas 2. Características epidemiológicas 3. Características histopatológicas 4. Características quirúrgicas	Tipo y Diseño de estudio Descriptivo -correlacional no experimental, retrospectivo y tranversal Unidad de análisis Paciente mujer de 0 a 18 años con diagnóstico de quiste de ovario Muestra 63 pacientes mujeres de 0 a 18 años con diagnóstico de

	Describir la incidencia de quiste de ovario en niñas y adolescentes en el Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019. Evaluar el grado de correlación entre las características clínicas y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentesdel Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019.	Existe correlación entre las características clínicas y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019. Existe correlación entre las características epidemiológicas del estado nutricional (bajo peso, eutrófico, sobrepeso) y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de		quiste de ovario durante el año 2014-2019 en el Instituto Nacional de Salud del Niño. Muestreo: No probabilístico, por conveniencia Técnica - Revisión Documental Instrumentos a) Ficha de recolección de datos

	Evaluar el grado de correlación entre las características epidemiológicas del estado nutricional (bajo peso, eutrófico, sobrepeso) y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019 Evaluar el grado de correlación entre las características histopatológicas como la presencia de	Salud del Niño 2014-2019. Existe correlación entre las características histopatológicas como la presencia de teratoma inmaduro con la edad de presentación y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019		

	teratoma inmaduro con la edad de presentación y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentesdel Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019. Evaluar el grado de correlación entre las características quirúrgicas como la realización de cirugía de emergencia y presencia de quiste de ovario torcido y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y	Existe correlación entre las características quirúrgicas como la realización de cirugía de emergencia y presencia de quiste de ovario torcido y el diagnóstico de quiste de ovario en niñas y adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019		

	adolescentes del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014-2019			

FOTOS DEL INFORME DE TESIS

Ilustración 1 Foto del Frontis del Instituto Nacional de Salud del Niño, lugar donde realizó el proyecto.

