



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES
CARDIOVASCULARES DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN
EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2013-
2023**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PRESENTADO POR

EDITH SONIA LIMACHI QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

PEDIATRÍA

PUNO – PERU

2024



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**CARACTERISTICAS CLINICAS Y COMPLI
CACIONES CARDIOVASCULARES DE LA
ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN EL HOS
PITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE J
ULIACA 2013-2023**

AUTOR

EDITH SONIA LIMACHI QUISPE

RECuento de palabras

5276 Words

RECuento de caracteres

31502 Characters

RECuento de páginas

31 Pages

Tamaño del archivo

8.2MB

Fecha de entrega

Jun 26, 2024 6:23 PM GMT-5

Fecha del informe

Jun 26, 2024 6:24 PM GMT-5

● 16% de similitud general

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

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 14% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)





UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

ACTA DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

.....
TÍTULO DEL PROYECTO: CARACTERISTICAS CLINICAS Y COMPLICACIONES
CARDIOVASCULARES DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN EL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2013-2023

RESIDENTE: EDITH SONIA LIMACHI QUISPE
SEGUNDA ESPECIALIDAD: PEDIATRIA

Los siguientes contenidos del proyecto se encuentran adecuadamente planteados

CONTENIDOS	ADECUADAMENTE PLANTEADOS	
	SI	NO
Caratula	✓	
Índice	✓	
1. Título de la investigación	✓	
2. Resumen	✓	
3. Introducción	✓	
3.1. Planteamiento del problema	✓	
3.2. Formulación del problema	✓	
3.3. Justificación del estudio	✓	
3.4. Objetivos de investigación (general y específicos)	✓	
3.5. Marco teórico	✓	
3.6. Hipótesis	✓	
3.7. Variables y Operacionalización de variables	✓	
4. Marco Metodológico	✓	
4.1. Tipo de estudio	✓	
4.2. Diseño de Contrastación de Hipótesis	✓	
4.3. Criterios de selección	✓	
4.4. Población y Muestra	✓	
4.5. Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos.	✓	
5. Análisis Estadístico de los Datos	✓	
6. Referencias bibliográficas	✓	
7. Cronograma	✓	
8. Presupuesto	✓	
9. Anexos	✓	



Observaciones:

NINGUNA

En merito a la evaluación del proyecto investigación, se declara al proyecto:

a) APROBADO (X)

Por tanto, debe pasar al expediente del residente para sus trámites de titulación.

Puno, a los **26**.días del mes de **Junio** de 2024

c.c. Archivo


 **Dr. ALFREDO TUMI FIGUEROA**
DIRECTOR
P.S.E. RESIDENTADO MÉDICO


 **Dr. Carlos A. Loayza Coilla**
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
P.S.E. RESIDENTADO MÉDICO



ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I:	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
A. Introducción	9
B. Formulación del problema	9
C. Delimitación de la investigación	10
D. Justificación de la investigación	10
REVISIÓN DE LITERATURA.	11
A. Antecedentes	11
B. Marco teórico	11
CAPÍTULO III.	13
HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	16
A. Hipótesis	16
B. Operacionalización de variables	17
CAPÍTULO IV.	19
MARCO METODOLÓGICO	19
A. Tipo de investigación	19
B. Diseño de investigación	19
C. Población y Muestra	19
D. Criterios de selección	19
E. Material y Métodos	19
F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos	20
G. Análisis estadístico de datos.	21
CAPÍTULO V.	22
CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO	22
A. Cronograma:	22
B. Presupuesto:	22
CAPÍTULO VI.	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
CAPÍTULO VII	26
ANEXOS	26
2. Validación por juicio de expertos	28
3. Validación por juicio de expertos	29



TÍTULO DEL PROYECTO DEL INVESTIGACIÓN

CARACTERISTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2013-2023



RESUMEN

El objetivo del estudio es determinar las características clínicas y complicaciones cardiovasculares en pacientes con Enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en los años 2013 al 2023. El estudio corresponde a un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo de diseño de transversal. Se trabajará con la muestra de historias clínicas de pacientes con enfermedad de Kawasaki del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. La ficha de datos se elaboró teniendo en consideración los objetivos del estudio, para obtener información sobre las variables de estudio. Para el análisis de datos se utilizará el programa SPSS versión 28. Se espera encontrar que diferencias en las complicaciones cardiovasculares por grupo etareo, diferencias en las características clínicas por grupo etareo y diferencias en la frecuencia de complicaciones cardiovasculares por grupo etareo.

Palabra clave: Enfermedad Kawasaki, complicaciones cardiovasculares



ABSTRACT

The objective of the study is to determine the clinical characteristics and cardiovascular complications in patients with Kawasaki Disease at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca in the years 2013 to 2023. The study corresponds to an observational, analytical, cross-sectional, retrospective study with a cross-sectional design. We will work with the sample of medical records of patients with Kawasaki disease from the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca. The data sheet was prepared taking into consideration the objectives of the study, to obtain information on the study variables. For data analysis, SPSS version 28 will be used. It is expected to find differences in cardiovascular complications by age group, differences in clinical characteristics by age group, and differences in the frequency of cardiovascular complications by age group.

Keyword: Kawasaki disease, cardiovascular complications



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Introducción

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda autolimitada que fue descrita por primera vez en 1967 por el Dr. Tomisaku Kawasaki, un pediatra japonés. Aunque han pasado más de 40 años desde la descripción original de los signos clínicos de esta enfermedad, el diagnóstico sigue siendo complicado y la etiología no está clara.

Esta enfermedad afecta predominantemente a bebés y niños pequeños de todos los orígenes étnicos y es más frecuente durante el invierno y la primavera¹⁻³. Sin embargo, es claramente más prevalente en la población asiática⁴. En Japón, se ha informado una incidencia anual de 112 a 175 casos por 100.000 niños menores de 5 años, mientras que en Estados Unidos se ha estimado una incidencia anual de 20 a 25 casos por 100000 niños menores de 5 años¹⁻⁵. Hay una prevalencia ligeramente mayor en los niños, con una proporción hombre-mujer de 1,3-1,7:1 y entre el 76 y el 80% de los niños tienen <5 años^{2,3}.

Se ha sugerido una predisposición genética por tasas más altas de EK en los hermanos, así como en los hijos de padres con antecedentes de EK en la infancia¹⁻⁵. Un estudio reciente sugiere que el polimorfismo en algunos alelos de B y C en HLA clase I están asociados con EK en niños coreanos⁶.

Las secuelas cardiovasculares son la principal causa de morbilidad y son responsables de prácticamente todas las muertes como resultado de vasculitis coronaria asociada con un estado de hipercoagulabilidad, que conduce a infarto de miocardio y muerte súbita^{1-3,5}. Sin embargo, con el tratamiento adecuado, la tasa de mortalidad es inferior al 1% en Japón o Estados Unidos, y el pico de mortalidad se produce entre los días 15 y 45²⁻⁴.

En Perú el primer caso presentado fue en noviembre de 1992 en la ciudad de Trujillo⁴ y desde dicha fecha la incidencia es de 1,6 casos por año con tendencia a aumentar⁵



Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son las características clínicas y complicaciones cardiovasculares en pacientes con Enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de 2013 a 2023?

Problemas específicos

- ¿Cuál es el grupo etareo más frecuente de los pacientes con Enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de 2013 a 2023?
- ¿Cuáles son las características clínicas en los pacientes con Enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de 2013 a 2023?
- ¿Cuál es la frecuencia de las complicaciones cardiovasculares en pacientes con Enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de 2013 a 2023?

B. Delimitación de la investigación

La investigación se desarrollará en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en los años 2013 al 2023, teniendo en cuenta las historias clínicas de pacientes que tuvieron Enfermedad de Kawasaki.

C. Justificación de la investigación

Conocer las características clínicas de la Enfermedad de Kawasaki en nuestro medio es sumamente importante para poder hacer un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno con el fin de evitar complicaciones graves como las cardiovasculares.

Este estudio aportaría nueva información respecto a los aspectos clínicos de la Enfermedad de Kawasaki propios de la población peruana, y en estudios futuros compararlos con otras poblaciones.

Los resultados de este estudio serían útiles para definir un algoritmo de atención en los pacientes con sospecha de Enfermedad de Kawasaki, y también dar a conocer a la comunidad las principales características clínicas para que los padres puedan reconocerlas oportunamente.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

A. Antecedentes

Claudia Colomba et al¹⁸, en el 2018 realizaron una revisión sistemática utilizando PubMed y SCOPUS para identificar artículos relacionados al compromiso gastrointestinal en pacientes con enfermedad de Kawasaki. Se consideró para la inclusión de artículos la presencia de datos clínicos consistentes del compromiso intestinal y los criterios diagnósticos de la enfermedad de Kawasaki. Se identificó 33 artículos con un total de 48 casos de enfermedad de Kawasaki con compromiso gastrointestinal. Esta revisión mostró que la fiebre, dolor abdominal y vómitos precedían a los síntomas y signos típicos de la enfermedad de Kawasaki. Mientras que los exámenes de imagen mostraban la pseudoobstrucción como signo más frecuente del compromiso gastrointestinal.

Yu Peng et al¹⁹, en el 2019 realizaron un estudio cohorte retrospectivo utilizando historias clínicas de pacientes con enfermedad de Kawasaki que estuvieron hospitalizados en el Hospital pediátrico Jiangxi en el periodo de enero del 2014 hasta diciembre del 2017. Los objetivos del estudio eran conocer las características clínicas y la frecuencia de artritis en la enfermedad de Kawasaki, y a su vez conocer la relación entre la artritis y el compromiso cardiovascular. Se analizó un total de casos de 1420 de los cuales 151 tenían artritis. La mediana de edad de los pacientes con artritis fue 29 meses y con respecto a las características de la artritis: 101 pacientes (66,9%) tenían compromiso oligoarticular y 50 pacientes (33,1%) compromiso poliarticular. Con respecto al inicio de la artritis los resultados mostraron que, 123 (81,45%) pacientes fueron de inicio temprano y 28 (18,54%) de inicio tardío. Los niveles de marcadores inflamatorios eran más altos en pacientes con artritis y se observó que la incidencia de aneurismas coronarios era mayor en pacientes que presentaban artritis en su cuadro clínico (7.28%).

Ayse Kaman et al²⁰, en el 2016 realizaron un reporte de 2 casos de enfermedad de Kawasaki con ictericia febril aguda. Uno de los casos, paciente masculino de 6 años no cumplía con los criterios clínicos clásicos sino más bien se presentó como una colestasis febril, la clínica de los 7 primeros días fue fiebre, ictericia y dolor abdominal; y el segundo caso, paciente masculino de 2.5 años si presentó un criterio clásico, los 7 primeros días presentó edema



indurado de pies, fiebre e ictericia. En la discusión mencionaron que el compromiso gastrointestinal no es parte de la clínica clásica de la enfermedad de Kawasaki, sin embargo hasta el 15% de pacientes presentan deposiciones líquidas, dolor abdominal, hidrops vesicular y disfunción hepática. Estudios muestran que la presentación de colestasis febril relacionada a la enfermedad de Kawasaki no es tan infrecuente, siendo la enfermedad de Kawasaki la segunda causa de ictericia colestásica febril aguda en un estudio de 24 niños.

You Min Yoon et al²¹, en el 2015 realizaron un estudio retrospectivo de las historias clínicas de 239 pacientes con enfermedad de Kawasaki del Hallym Sacred Heart Hospital de enero del 2013 hasta junio del 2015. Clasificaron a los pacientes en 2 grupos de acuerdo al grupo etario, menores de 6 meses y mayores de 6 meses. El estudio mostró que los menores de 6 meses tuvieron una mayor estancia hospitalaria, tasa de complicaciones cardiovasculares e incidencia de enfermedad de Kawasaki incompleto. Dentro de la clínica que presentaron estos pacientes, el signo más frecuente en menores de 6 meses fue la erupción cutánea y en mayores de 6 meses fue la inyección conjuntival. Los menores de 3 meses en su mayoría presentaron una clínica de enfermedad incompleta. Los pacientes menores de 6 meses tuvieron una mayor incidencia de compromiso cardiovascular con un 30.8%, mientras que los mayores de 6 meses presentaron 12.2% de compromiso cardiovascular.

Hong-Ryang Kil et al²², en el 2017 publicaron un estudio que se realizó en los hospitales: Hospital Universitario Nacional Chungnam (CNUH) y el Hospital Daejeon St. Mary's de la Universidad Católica de Corea (DSMH). Se revisó un total de 615 pacientes y se dividió en 2 grupos de acuerdo al periodo de admisión (periodo 2000 a 2004 y 2010 a 2014). Del total de pacientes 228 tuvieron enfermedad de Kawasaki incompleto, la mayoría del periodo del 2010 a 2014, con menor número de casos de aneurismas coronarios. El estudio sugiere que las características clínicas y hallazgos de laboratorio de la enfermedad de Kawasaki suelen ser más leves con el paso del tiempo y que incidencia de enfermedad de Kawasaki incompleto es mayor y la incidencia de aneurismas coronarios es menor.

Maria Cristina Maggio et al²³, en el 2016 realizaron un estudio retrospectivo que incluía 70 niños de Sicilia con enfermedad de Kawasaki de los cuales 47 tenían enfermedad de Kawasaki típico, 3 la enfermedad atípica y 20 la enfermedad incompleta. El compromiso cardiovascular se observó en 22 casos, 18 con dilatación transitoria y 15 con aneurismas.



Con respecto al compromiso gastrointestinal, se observó hepatomegalia en el 63% de casos y agrandamiento de la vesícula biliar en el 50%.

Elisa Fernandez Cooke et al²⁴, en el 2018 realizaron un estudio retrospectivo en pacientes menores de 16 años con enfermedad de Kawasaki en el periodo de mayo del 2011 a junio del 2016. Se estudiaron en total a 625 niños, de los cuales 60 presentaron aneurismas coronarios, se evidenció como factores de riesgo primarios como anemia, talla inferior a 103cm, valor de plaquetas superior a 900 000/mm³, fiebre de más de 10 días. La manifestación clínica más frecuente fue la fiebre que persistió por 5 días o más y la menos frecuente fue la adenopatía cervical aguda no purulenta. El estudio menciona que España tiene un bajo porcentaje de aneurismas, tal resultado podría deberse a que establecimientos de primer nivel de atención cuenta con pediatra y dichos médicos tienen conciencia de tal enfermedad, siendo el diagnóstico precoz con un manejo oportuno.

Masaru Miura et al²⁵, en el 2018 realizaron un estudio cohorte retrospectivo multicéntrico en el cual incluyó a 1006 pacientes menos de 19 años con enfermedad de Kawasaki que tuvieron angiografía coronaria en el periodo de 1992 al 2011. Se demostró que pacientes con aneurismas coronarios de mayor tamaño tenían mayor riesgo de eventos coronarios (trombosis, estenosis y obstrucción) y eventos cardiacos adversos mayores (angina de pecho inestable, infarto de miocardio y muerte), mientras que pacientes con aneurismas pequeños tenían menor riesgo. También se evidenció que los pacientes masculinos tenían peor pronóstico al desarrollar aneurismas de las arterias coronarias.

B. Marco teórico

La etiología de la enfermedad de Kawasaki (EK) sigue siendo desconocida, aunque la presentación clínica (enfermedad autolimitada que se manifiesta por una aparición abrupta de fiebre, erupción cutánea, exantema, inyección conjuntival y adenopatía cervical) y las características epidemiológicas (un pico estacional en invierno y primavera, distribución por edades y una propagación geográfica de la enfermedad en forma de ondas durante las epidemias, sugiere fuertemente una causa infecciosa¹⁻⁴. Sin embargo, después de cuatro décadas de búsqueda de un agente causal, los investigadores no han logrado encontrar una causa infecciosa y sólo han informado de una larga lista de patógenos que han descartado.



La hipótesis de un superantígeno que conduce a una regulación positiva de la respuesta inmune ha sido respaldada por algunos estudios y refutada por otros^{1,2,4}. En un estudio reciente, Leung et al.⁷ no lograron demostrar una diferencia significativa en la prevalencia de cepas productoras de toxinas entre pacientes con EK y controles febriles.

Una hipótesis alternativa sugiere la participación de una respuesta de anticuerpos oligoclonales para un antígeno convencional, en la que las células plasmáticas de inmunoglobulina A desempeñan un papel vital⁴.

Sin embargo, todavía se esperan avances significativos en la búsqueda de la etiología de la EK en un futuro próximo.

La EK es una vasculitis sistémica que es más grave en arterias pequeñas y medianas, y en menor medida en venas, con lesiones inflamatorias en prácticamente todos los órganos^{3,8}. Los cambios inflamatorios más tempranos se observan en el endotelio^{1,2,4}. Las lesiones inflamatorias más avanzadas son consistentes con edema e infiltrado de células inflamatorias en el espacio subendotelial, caracterizado por una afluencia de neutrófilos en los primeros 10 días después del inicio con una rápida transición a células mononucleares con linfocitos (predominantemente células T CD8+)^{1-3,5}. En los vasos más gravemente afectados, las lesiones inflamatorias tienden a progresar y conducen a la necrosis de la media de las células del músculo liso^{2,5}. En los vasos gravemente afectados se puede observar destrucción de las láminas elásticas internas y externas. Estos cambios provocan la pérdida de integridad de la pared vascular, lo que puede provocar la formación de aneurismas^{1,2,5}.

En la fase aguda también pueden presentarse miocarditis, pericarditis y endocarditis con valvulitis^{1,3,5}.

Después de varias semanas o meses, los cambios inflamatorios de la vasculitis activa desaparecen y comienza a formarse tejido conectivo fibroso, compuesto de colágeno y fibras elásticas, dentro de la pared del vaso. Las lesiones en las arterias coronarias continúan desarrollándose a través de un proceso activo de remodelación caracterizado por proliferación de la mioyntimal y neoangiogénesis¹⁻⁵. Con el tiempo, el vaso puede volverse estenótico u ocluido, como resultado de una estenosis progresiva o una trombosis superpuesta⁵.

Una serie de otras características son típicas de la EK, aunque no están incluidas en los criterios diagnósticos. En la fase aguda, las principales características clínicas suelen ir acompañadas de leucocitosis con predominio de neutrófilos y de una velocidad de



sedimentación elevada y elevaciones en los niveles de otros reactivos de fase aguda¹⁻⁴. La anemia normocítica también es común en la fase aguda².

Un recuento bajo de plaquetas en el momento de la presentación se ha asociado con el desarrollo de enfermedad coronaria grave e infarto de miocardio¹⁰. En fases posteriores, generalmente después de la segunda semana, la trombocitosis es un hallazgo característico^{2,3}. Las elevaciones leves a moderadas de las transaminasas séricas y la hipoalbuminemia también son hallazgos comunes³. Los cambios en las radiografías de tórax son frecuentes. Umezawa et al.¹¹ encontraron que el 14,7% de los niños con EK tenían hallazgos anormales, incluyendo patrón reticulogranular en el 89,5%, manguito peribronquial en el 21,1%, derrame pleural en el 15,8%, atelectasia en el 10,5% y atrapamiento aéreo en el 5,3%. En el examen ecográfico se puede observar hidropesía de la vesícula biliar (5%), que generalmente es autolimitada, y riñones agrandados con ecos renales aumentados y diferenciación corticomedular mejorada³.

La EK es la principal causa de enfermedad cardíaca adquirida en la infancia en los Estados Unidos. Las complicaciones cardiovasculares son una causa importante de morbilidad, siendo la principal preocupación el aneurisma coronario arterial (ACA), que puede desarrollarse en 15-25% de los niños no tratados, generalmente en la fase subaguda¹⁻⁵. Los ACA se clasifican en pequeños (<5 mm de diámetro interno), medianos (5-8 mm) o gigantes (>8 mm)¹. Los ACA se clasifican en saculares o fusiformes, se encuentran con mayor frecuencia en los segmentos proximales y en las bifurcaciones y, a menudo, son múltiples¹². Las lesiones en las arterias coronarias parecen progresar de manera diferente: los aneurismas de la arteria coronaria derecha (ACD) son más propensos a una trombosis masiva, mientras que los de la arteria coronaria izquierda (ACI) son más propensos a una estenosis focal progresiva¹³.



CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A. Hipótesis

1. General

“Hay diferencias en las complicaciones cardiovasculares por grupo etareo en la enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en los años 2013 al 2023”.

2. Especificas

- “Hay diferencias en las características clínicas por grupo etareo en la enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en los años 2013 al 2023”.
- “Hay diferencias en la frecuencia de complicaciones cardiovasculares por grupo etareo en la enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en los años 2013 al 2023”.

3. Estadísticas o de trabajo

H1: “Hay diferencias en las complicaciones cardiovasculares por grupo etareo en la enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en los años 2013 al 2023”.

Ho: “No hay diferencias en las complicaciones cardiovasculares por grupo etareo en la enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en los años 2013 al 2023”.



Objetivos

Objetivo general

Determinar las características clínicas y complicaciones cardiovasculares en pacientes con Enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en los años 2013 al 2023.

Objetivos específicos

1. Determinar el grupo etario más frecuente de los pacientes con Enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en los años 2013 al 2023.
2. Describir las características clínicas en los pacientes con Enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en los años 2013 al 2023.
3. Determinar la frecuencia de las complicaciones cardiovasculares en pacientes con Enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en los años 2013 al 2023

B. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Edad	Tiempo transcurrido partir del nacimiento de un individuo.	Cuantitativa	Años	De razón	<1 años 1-5 años >5 años	Historia clínica
Sexo	Características biológicas de cada individuo	Cualitativa	Género	Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Historia clínica
Procedencia	Sitio o región donde reside actualmente	Cualitativa	Provincia	De razón	Lima Provincia	Historia clínica
Adenopatía cervical unilateral	Aumento de volumen del ganglio linfático cervical	Cualitativa	Centímetro	Nominal	<1.5cm >1.5cm	Historia clínica
Inyección conjuntival no exudativa	Hiperemia de los vasos superficiales de la conjuntiva	Cualitativa	% de pacientes con inyección conjuntival	Nominal	Presente Ausente	Historia clínica
Fiebre de 5 días	Temperatura igual a 38°C o mayor	Cualitativa	% de pacientes con fiebre	Nominal	Presente Ausente	Historia clínica



			de 5 días			
Descamación periungueal	Perdida de la capa externa de la región periungueal	Cualitativa	% de pacientes con descamación periungueal	Nominal	Presente Ausente	Historia clínica
Edema de pies y manos	Aumento de volumen e induración de manos y pies	Cualitativa	% de pacientes con edema de pies y manos	Nominal	Presente Ausente	Historia clínica
Rash maculopapular	Erupción que contiene maculas y pápulas	Cualitativa	% de pacientes con rash maculopapular	Nominal	Presente Ausente	Historia clínica
Eritema o fisuras de labios	Enrojecimiento de labios	Cualitativa	% de pacientes con eritema o fisuras de labios	Nominal	Presente Ausente	Historia clínica
Aneurisma de arterias coronarias	Dilatación anormal de las paredes de las arterias coronarias	Cualitativa	% de pacientes con aneurismas de arterias coronarias	Nominal	Presente Ausente	Historia clínica
Dolor abdominal	Dolor que se siente entre el pecho y la región inguinal	Cualitativa	% de pacientes con dolor abdominal	Nominal	Presente Ausente	Historia clínica
Reacción de BCG	Eritema e induración donde se aplicó la BCG	Cualitativa	% de pacientes con reacción de BCG	Nominal	Presente Ausente	Historia clínica
Miocarditis	Enfermedad inflamatoria del miocardio	Cualitativa	% de pacientes con miocarditis	Nominal	Presencia de disfunción ventricular sin un defecto cardíaco Ausencia de disfunción ventricular sin un defecto cardíaco	Historia clínica
Pericarditis	Inflamación del pericardio	Cualitativa	% de pacientes con pericarditis	Nominal	Etapas 1 Etapas 2 Etapas 3 Etapas 4	Historia clínica
Diarrea	Presencia de deposiciones con menos consistencia y mayor número	Cualitativa	% de pacientes con diarrea	Nominal	Presente Ausente	Historia clínica
Artralgias	Dolor en una o más articulaciones	Cualitativa	% de pacientes con artralgias	Nominal	Presente Ausente	Historia clínica



CAPÍTULO IV.

MARCO METODOLÓGICO

A. Tipo de investigación

Se realizará un trabajo observacional, analítico, transversal y retrospectivo en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

B. Diseño de investigación

Tranversal

C. Población y Muestra

1. Población:

Todos los pacientes con enfermedad de Kawasaki hospitalizados en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en los años 2013 al 2023.

2. Tamaño de muestra: Se utilizará la siguiente formula muestral:

No se realizará muestreo, se trabajará con toda la población.

3. Selección de la muestra:

No se realizará un muestreo por lo que la unidad de análisis serán las historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

C. Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

Todos los niños que cumplan con el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki en el Hospital Carlos Monge Medrano.



E. Material y Métodos

- En primer lugar, se solicitará la autorización al director del Hospital Carlos Monge Medrano y a la Universidad Nacional del Altiplano para la aprobación de este proyecto.
- Luego se coordinará con el personal de archivo para obtener la autorización y acceder a las historias clínicas de los pacientes enfermedad de Kawasaki.
- Antes de registrar la información en la ficha de recolección, se realizará la evaluación de los criterios de selección.
- Se procederá a revisar todas las historias clínicas de pacientes con enfermedad de Kawasaki que cumplan con los criterios de selección antes mencionados.
- Las fichas de recolección serán enumeradas y revisadas para evaluar el control de calidad del llenado.
- Finalmente, estos serán vaciados a una base de datos del programa SPSS versión 29 en español, para su posterior análisis.

F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos

1. Instrumentos:

La técnica para utilizar será la documental, mientras que el instrumento será la ficha de recolección, la cual estará conformada por las siguientes secciones:

Datos personales

Características clínicas

Complicaciones cardiovasculares

El contenido de esta ficha de recolección pasará por evaluación de juicio de expertos para ser validada realizando la contrastación de sus mediante una prueba binomial (ver anexos).

2. Procedimiento de recolección de datos:

Por tratarse de una ficha de recolección se recurrirá a un juicio de expertos conocedores del tema, para validar el contenido del instrumento en función a los objetivos del estudio. Luego se procederá al llenado de las fichas de acuerdo con la información de



las historias clínicas. No es necesario el consentimiento informado dado que es un estudio retrospectivo.

Las fichas de recolección de datos estarán custodiadas en archivadores con llave y solo podrán ser accedidas bajo supervisión del equipo de investigación.

El investigador declara no presentar ningún conflicto de intereses.

Se plantea difundir los resultados obtenidos mediante la publicación en una revista científica

G. Análisis estadístico de datos.

Se elaborará una base de datos en el programa SPSS 29, la cual pasará por un proceso de control de calidad para el posterior análisis estadístico correspondiente.

Análisis descriptivo

Para el análisis de las variables cualitativas se utilizó las frecuencias absolutas y relativas (%); para las variables cuantitativas se calculó las medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar).

Análisis inferencial

Para determinar la relación entre variables, se usará la prueba Chi cuadrado, considerando un nivel de significancia del 5%, es decir un $p < 0.05$ será considerado significativo, y para comparar promedios de grupos independientes se usará la prueba t de Student.

Presentación de resultados

Los resultados serán presentados en tablas simples y dobles, además de gráficos estadísticos como el de barras y/o circulares de acuerdo a la operacionalización de variables. Se usará el programa Microsoft Excel 2017.



CAPÍTULO V

CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

A. Cronograma:

ACTIVIDAD	(Año) 2024				
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
1. Planteamiento del Problema y revisión de Bibliografía	X				
2.Elaboración del proyecto	X				
3.Presentación del Proyecto	X				
4.Recolección de datos		X			
5.Procesamiento de datos			X		
6.Elaboración de informe Final				X	
7.Presentación del Informe final					X

B. Presupuesto:

GASTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (S/)	COSTO TOTAL (S/)
Papel bond 80 grs.	millar	1	10.00	10.00
Fotocopiado	ciento	1	12.00	12.00
Lapiceros	unidad	3	3.00	9.00
Lápiz	unidad	2	2.00	4.00
Fólderes	unidad	4	1.50	6.00
Movilidad local	unidad	30	5.00	150.00
Empastado	unidad	4	35.00	140.00
Total				331.00



CAPÍTULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, Gewitz MH, Tani LY, Burns JC, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation*. 2004;110:2747–2771.
doi: 10.1161/01.CIR.0000145143.19711.78. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Rowley AH, Shulman ST. Kawasaki syndrome. *Clin Microbiol Rev*. 1998;11:405–414. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Chung C, Stein L. Kawasaki disease: a review. *Radiology*. 1998;208:25–33. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
4. Burns JC. The riddle of Kawasaki disease. *N Engl J Med*. 2007;356:659–661.
doi: 10.1056/NEJMp068268. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Burns JC, Kushner HI, Bastian JF, Shike H, Shimizu C, Matsubara T, Turner CL. Kawasaki disease: a brief history. *Pediatrics*. 2000;106:E27.
doi: 10.1542/peds.106.2.e27. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Oh JH, Han JW, Lee SJ, Lee KY, Suh BK, Koh DK, et al. Polymorphisms of human leukocyte antigen genes in Korean children with Kawasaki disease. *Pediatr Cardiol*. 2008;29:402–408. doi: 10.1007/s00246-007-9146-3. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Leung DY, Meissner HC, Shulman ST, Mason WH, Gerber MA, Glode MP, et al. Prevalence of superantigen-secreting bacteria in patients with Kawasaki disease. *J Pediatr*. 2002;140:742–746. doi: 10.1067/mpd.2002.123664. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Ozen S, Ruperto N, Dillon MJ, Bagga A, Barron K, Davin JC, et al. EULAR/PreS endorsed consensus criteria for the classification of childhood vasculitides. *Ann Rheum Dis*. 2006;65:936–941. doi: 10.1136/ard.2005.046300. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
9. Rowley AH, Gonzalez-Crussi F, Gidding SS, Duffy CE, Shulman ST. Incomplete Kawasaki disease with coronary artery involvement. *J Pediatr*. 1987;110:409–413.
doi: 10.1016/S0022-3476(87)80503-6. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]



10. Newburger JW, Burns JC, Beiser AS, Loscalzo J. Altered lipid profile after Kawasaki syndrome. *Circulation*. 1991;84:625–631. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
11. Umezawa T, Saji T, Matsuo N, Odagiri K. Chest x-ray findings in the acute phase of Kawasaki disease. *Pediatr Radiol*. 1989;20:48–51. doi: 10.1007/BF02010633. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
12. Petrunić M, Drinković N, Stern-Padovan R, Mestrovic T, Lovrić D. Thoracoabdominal and coronary arterial aneurysms in a young man with a history of Kawasaki disease. *J Vasc Surg*. 2009;50:1173–1176. doi: 10.1016/j.jvs.2009.05.025. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
13. Suzuki A, Kamiya T, Yasuo O, Kuroe K. Extended long term follow-up study of coronary arterial lesions in Kawasaki disease. *J Am Coll Cardiol*. 1991;17:33A. doi: 10.1016/0735-1097(91)91097-X. [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
14. Fukushige J, Takahashi N, Ueda K, Hijii T, Igarashi H, Ohshima A. Long-term outcome of coronary abnormalities in patients after Kawasaki disease. *Pediatr Cardiol*. 1996;17:71–76. doi: 10.1007/BF02505086. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
15. Khositseth A, Siripornpitak S, Pornkulr R, Wanitkun S. Giant coronary aneurysm caused by Kawasaki disease: follow-up with echocardiography and multidetector CT angiography. *Br J Radiol*. 2008;81:106–109. doi: 10.1259/bjr/23978674. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
16. Inoue O, Akagi T, Kato H. Fate of giant coronary artery aneurysms in Kawasaki disease: long-term follow-up study. *Circulation*. 1980;80:262. [[Google Scholar](#)]
17. Sabharwal T, Manlhiot C, Benseler SM, Tyrrell PN, Chahal N, Yeung RS, McCrindle BW. Comparison of factors associated with coronary artery dilation only versus coronary artery aneurysms in patients with Kawasaki disease. *Am J Cardiol*. 2009;104:1743–1747. doi: 10.1016/j.amjcard.2009.07.062. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
18. Colomba C, La Placa S, Saporito L, et al. Intestinal Involvement in Kawasaki Disease. *J Pediatr*. 2018;202:186-193.
19. Peng Y, Liu X, Duan Z, et al. Prevalence and characteristics of arthritis in Kawasaki disease: a Chinese cohort study. *Clin Exp Med*. 2019;19(2):167-172.
20. Kaman A, Aydın-Teke T, Gayretli-Aydın ZG, et al. Two cases of Kawasaki disease presented with acute febrile jaundice. *Turk J Pediatr*. 2017;59(1):84-86.
21. Yoon YM, Yun HW, Kim SH. Clinical Characteristics of Kawasaki Disease in Infants Younger than Six Months: A Single-Center Study. *Korean Circ J*. 2016;46(4):550-555.



22. Kil HR, Yu JW, Lee SC, Rhim JW, Lee KY. Changes in clinical and laboratory features of Kawasaki disease noted over time in Daejeon, Korea. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2017;15(1):60.
23. Maggio, MC, Corsello, G., Prinzi, E. et al. Enfermedad de Kawasaki en Sicilia: descripción clínica y marcadores de gravedad de la enfermedad. *Ital J Pediatr*. 2016. 42:92.
24. Fernandez-Cooke E, Barrios Tascón A, Sánchez-Manubens J, et al. Epidemiological and clinical features of Kawasaki disease in Spain over 5 years and risk factors for aneurysm development. (2011-2016): KAWA-RACE study group. *PLoS One*. 2019;14(5).
25. Miura, Masaru et al. "Association of Severity of Coronary Artery Aneurysms in Patients With Kawasaki Disease and Risk of Later Coronary Events." *JAMA pediatrics* 2018 vol. 172,5:1.9



CAPÍTULO VII

ANEXOS

1. FICHA DE DATOS

N° de Historia clínica:

Edad:

Sexo:

Masculino	<input type="checkbox"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>

Procedencia:

Lima	<input type="checkbox"/>
Provincia	<input type="checkbox"/>

Adenopatía cervical unilateral:

<1.5cm	<input type="checkbox"/>
>1.5cm	<input type="checkbox"/>

Inyección conjuntival exudativa:

Presente	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>

Fiebre de al menos 5 días:

Presente	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>

Descamación periungueal:

Presente	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>

Edema de pies y manos:

Presente	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>

Rash maculopapular:

Presente	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>

Eritema o fisura de labios:

Presente	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>

Aneurisma de arterias coronarias:

Presente	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>

Dolor abdominal:

Presente	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>

Reacción de BCG:



Presente	
Ausente	

Miocarditis:

Presente	
Ausente	

Pericarditis:

Presente	
Ausente	

Diarrea:

Presente	
Ausente	

Artralgias:

Presente	
Ausente	



2. Validación por juicio de expertos

Estimado juez experto (a): _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjuntan:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Id	Criterios	Si	No	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuado.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y comprensibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:.....

 Firma y sello



3. Validación por juicio de expertos

Estimado juez experto (a): _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjuntan:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Id	Criterios	Si	No	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuado.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y comprensibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:.....

 Firma y sello



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo EDITH SONIA LIMACHI QUISPE,
identificado con DNI 45228884 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

PEDIATRIA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"CARACTERISTICAS CLINICAS Y COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES
DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO DE JULIACA 2013- 2023"

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 04 de JUNIO del 2024

FIRMA (obligatoria)



Huella



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo EDITH SONIA LIMACHI QUISPE
identificado con DNI 45228884 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
PE DI A T R I A

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES
DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE PEDRANO DE JULIACA 2013 - 2023"

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 04 de JUNIO del 2024

FIRMA (obligatoria)



Huella