

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**AUTOMEDICACIÓN ASOCIADO AL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE  
APENDICITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL  
SAN JUAN DE DIOS DE PISCO, EN EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE,  
2017**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**MILUSKA STEFANY MATOS RODRIGUEZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA-PERÚ**

**2018**

**ASESOR**

Dr. Walter Bryson Malca

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias al Hospital que fue mi casa por todo un año, y en el que me permitió lograr y culminar el presente trabajo, al igual que al Dr. Bryson Malca, Walter quien me brindo el apoyo incondicional para lograr el desarrollo de la presente tesis.

## **DEDICATORIA**

El trabajo realizado se lo dedico a mi madre Miriam Rodríguez quien siempre fue mi apoyo incondicional en todo el proceso de mi formación como médico, quien con sus consejos y recomendaciones pude ser cada vez mejor.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar si existe relación entre la automedicación y el retraso del diagnóstico de la apendicitis aguda (tiempo de enfermedad, tiempo en sala de operaciones, tiempo de diagnóstico confirmatorio y estadio patológico) en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.

**Materiales y Métodos:** La metodología de investigación usada fue de tipo cuantitativa, analítica, retrospectivo. En el servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco, durante el año 2017, que según datos del área de informática de la institución asciende a 235 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda, al cual se aplicó la fórmula estadística chi cuadrado y se incluyeron a un total de 147 pacientes.

**Resultados:** La edad promedio de los participantes en el estudio fue de 29 años de edad con una desviación estándar de 16.5 años; es decir que las edades oscilaban entre los 13 y 45 años de edad aproximadamente, mientras el grupo etario, más del 50% de los casos tenían una edad superior a los 18 años, y una correlación negativa con respecto a la automedicación. El estadio patológico observado durante el acto operatorio, se dividió en cuatro estadios, de los cuales el estadio gangrenoso y el perforado son los más comunes, además se presentó más en aquellos que se automedicaban.

**Conclusiones:** La apendicitis complicada fue más frecuente en el grupo que se automedicó. El estadio patológico más frecuentes en el grupo de automedicación fue el gangrenoso (46.1%), y en el grupo de no automedicación el estadio catarral (60.4%).

**Palabras clave:** *Automedicación, Retraso en el diagnóstico de apendicitis.*

## ABSTRACT

**Objective:** To determine if there is a relationship between self-medication and the delay in the diagnosis of acute appendicitis (time of illness, time in the operating room, time of confirmatory diagnosis and pathological stage) in the surgery service of the San Juan de Dios Hospital in Pisco, period January- December 2017.

**Materials and Methods:** The research methodology used was quantitative, analytical, retrospective. In the Surgery Department of the San Juan de Dios Hospital in Pisco, during the year 2017, which according to the information technology area of the institution amounts to 235 patients diagnosed with acute appendicitis, to which the chi square statistical formula was applied and They included a total of 147 patients.

**Results:** The average age of the participants in the study was 29 years of age with a standard deviation of 16.5 years; that is to say that the ages ranged between approximately 13 and 45 years of age, while the age group, more than 50% of the cases were over 18 years old, and a negative correlation with respect to self-medication. The pathological stage observed during the operative act was divided into four stages, of which the gangrenous and perforated stage are the most common, in addition it occurred more in those who self-medicated.

**Conclusions:** La apendicitis complicada fue más frecuente en el grupo que se automedico. El estadio patológico más frecuentes en el grupo de automedicación fue el gangrenoso (46.1%), y en el grupo de no automedicación el estadio catarral (60.4%).

**Key words:** *Automedication, delay in diagnostic of apendicitis.*

## INTRODUCCIÓN

Dentro de las emergencias quirúrgicas, la más común en la actualidad es la apendicitis, que tiene un diagnóstico eminentemente clínico, sin embargo, mas aun cuando el dolor abdominal característico se presenta de manera atípica; aunado a esto, está el hecho de la dificultad del diagnóstico debido a que en la actualidad los pacientes tienden a automedicarse frente a la presencia del dolor abdominal. Dentro de los cuales los más solicitados están los analgésicos y los antiespasmódicos que producen un retraso en el diagnóstico y así sus complicaciones.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se presenta el planteamiento del problema, el problema, el objetivo general y los específicos, la justificación del estudio, además del propósito del estudio.

En el segundo capítulo se abordan los aspectos teóricos tales como la revisión de antecedentes tanto internacionales como nacionales, referentes a referencias obstétricas de emergencia, seguidamente de la revisión de la base teórica del tema. Además, se plantea la hipótesis, las variables dependientes e independientes y la definición operacional de términos.

En el tercer capítulo se presenta el tipo de estudio realizado, el área de estudio, además de la población de muestra, la técnica e instrumentos de recolección de datos y se explica cómo se realizó el procesamiento y el análisis de los datos. En el cuarto capítulo se abordan los resultados del estudio y la discusión de los mismos.

En el quinto capítulo se presentan las conclusiones y las recomendaciones de la tesis.

## ÍNDICE

ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.2.1 Problema general	3
1.2.2 Problemas específicos	3
1.3 Justificación	4
1.4 Delimitación de área de estudio	5
1.5 Limitaciones de la investigación.	5
1.6 Objetivos	6
1.6.1 General	6
1.6.2 Específicos	6
1.7 Propósito	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes bibliográficos	8



2.2 Bases teóricas	14
2.3 Marco Conceptual	23
2.4 Hipótesis	23
2.4.1 Hipótesis General	23
2.4.2 Hipótesis Específico	23
2.5 Variables	24
2.6 Definición operacional de términos	25
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>26</b>
3.1. Diseño metodológico	26
3.1.1. Tipo de investigación	26
3.1.2. Nivel de investigación	26
3.2. Población y muestra	26
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
3.4. Diseño de recolección de datos	27
3.5. Procesamiento y análisis de datos	28
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>29</b>
4.1 Resultados	29
4.2 Discusión	35
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>37</b>
5.1 Conclusiones	37
5.2 Recomendaciones	38
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>42</b>

## LISTA DE TABLAS

Tabla 01. Estadio patológico vs. Automedicación	30
Tabla 02. Grupo etario vs. Automedicación	31
Tabla 03. Género vs. Automedicación	32
Tabla 04. Familia Medicamentosa	33
Tabla 05. Tiempo de enfermedad y tiempo de diagnóstico confirmatorio	34
Tabla 06. Tiempo en sala de operaciones	35

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 01. Estadio patológico	30
Gráfico 02. Grupo etario	31
Gráfico 03. Género	32
Gráfico 04. Familia medicamentosa	33

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 01. Operacionalización de variables	44
Anexo 02. Instrumento (Ficha de recolección de datos)	46
Anexo 03. Validez de instrumentos - Consulta de expertos	47
Anexo 04. Matriz de Consistencia	50

# CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

## 1.1 Planteamiento del problema

La apendicitis es una patología quirúrgica de urgencia, el cual consta de la inflamación del apéndice ubicado en la parte inferior del ciego que es la primera parte del intestino grueso; además de que es una de las patologías más frecuentes en el área quirúrgica. Asimismo, es una de las patologías la cual inicia con cólico abdominal simulando solo un dolor gástrico o intestinal, y en la cual se busca un alivio en el uso de medicamentos que disminuyen ese dolor. <sup>(1)</sup>

Asimismo, dentro de las patologías más comunes por las cuales los pacientes tienden a automedicarse, es ante la presencia de un dolor abdominal el cual podría confundirse con patologías quirúrgicas, las cuales se pueden retrasar en su diagnóstico debido al consumo inadecuado de algunos medicamentos como son los analgésicos. Dentro de estas patologías, la más común es la apendicitis aguda, que es la causa de urgencia quirúrgica. <sup>(1, 2)</sup>

Según las estadísticas mundiales, es la causa principal del abdomen agudo quirúrgico, pues más del 50% corresponden a apendicitis aguda, y es responsable de las 2/3 partes de las laparotomías practicadas. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la noche más de la mitad de los medicamentos que se han recetado, o se han vendido de manera inadecuada, es decir ya sea por pedido propio del cliente o por recomendación de un personal no capacitado; asimismo, reporta que el 50% de estos lo toma de manera incorrecta el medicamento, ya sea de manera incompleta, o de manera inadecuada en cuanto a sus horarios de distribución. <sup>(2)</sup>

La Organización Panamericana de la Salud Perú OPS/OMS, advirtió que en los últimos años la automedicación, así como el uso indiscriminado y la prescripción irresponsable de medicamentos ha provocado que muchos gérmenes se hagan resistentes a los antibióticos, teniendo como resultado tratamientos ineficaces, caros y efectos indeseados en la salud de la población, a su vez también permitió que se presente un retraso mayor en cuanto al diagnóstico de la apendicitis aguda; provocando su retraso en el tratamiento y poniendo en riesgo la vida del paciente.<sup>(2)</sup>

Según Investigaciones del Instituto Argentino de Atención Farmacéutica (IADAF) la automedicación se triplicó en los últimos cuatro años. Actualmente tres de cada cuatro adultos toman fármacos sin prescripción médica. Este problema genera 5% de los ingresos hospitalarios y ocasionó cerca de 45.000 muertes en el año 2007.<sup>(3)</sup>

La apendicitis es una de las patologías más frecuentes que se presentan en el servicio de emergencia, siendo su diagnóstico esencialmente clínico, el cual, se presenta muchas veces en forma bizarra, sobre todo cuando el dolor abdominal se presenta en forma atípica, presentándose especialmente en las edades extremas de la vida, lo cual hace que se dificulte su diagnóstico.<sup>(3)</sup>

Esta presentación se ve incrementada ya que la gran mayoría de la población tiende a auto medicarse ya que las leyes peruanas son permisivas en el aspecto del expendio indiscriminado tanto de antibióticos, analgésicos, como también de antiespasmódicos, es así, como el uso indiscriminado y la prescripción irresponsable de medicamentos ha provocado que muchos gérmenes se hagan resistentes a los antibióticos, teniendo como resultado tratamientos ineficaces, caros y efectos indeseados en la salud de la población y alterando el curso natural de la enfermedad, por lo que cuando el paciente acude a emergencia ingresa con un cuadro clínico muy irregular y un examen físico poco contributivo, retrasando su diagnóstico y dilatando

su ingreso a sala de operaciones con la consecuente aparición de las complicaciones, por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

- ¿Cuál la relación que existe entre la automedicación y el retraso del diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cuál es el estadio patológico de apendicitis aguda de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el grupo etario y la automedicación de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el género y la automedicación de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017?
- ¿Cuáles son los fármacos más utilizados en la automedicación de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017?
- ¿Cuál es el tiempo de enfermedad y tiempo de diagnóstico confirmatorio de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios

de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017?

- ¿Cuál es el tiempo en sala de operaciones de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero-Diciembre 2017?

### **1.3 Justificación**

En nuestro medio local, es de vital importancia tener en cuenta que la automedicación es un problema de salud pública que ha ido en aumento, generando estragos en el diagnóstico de diversas patologías como lo son aquellas que simulan dolores abdominales, como en el caso de la apendicitis aguda; en el que los pacientes al solo pensar que es un dolor típico de un cólico abdominal consumen analgésicos y antiespasmódicos con el fin de apaciguar el dolor generando un retraso en el diagnóstico de la apendicitis aguda.<sup>(4)</sup>

Mediante el presente estudio se obtendrán datos relevantes en cuanto a la automedicación, el retraso en el diagnóstico y en el retraso en el tratamiento del mismo; a su vez la importante del estadio anatómico-patológico en el que se encuentra el apéndice. Además, de tener una finalidad de buscar los medicamentos más utilizados, generando así un precedente para futuros estudios.<sup>(5)</sup>

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos permite tener una base para posteriormente plantear estrategias que nos permitan evitar el uso de medicamentos que enmascaren la patología quirúrgica de la apendicitis, y permitirnos así apresurar el diagnóstico y el tratamiento.



## **1.4 Delimitación de área de estudio**

### **1.4.1. Delimitación espacial**

El trabajo de investigación realizado se llevó a cabo en el Hospital San Juan de Dios, ubicado en Pisco.

### **1.4.2. Delimitación temporal**

El tiempo de realización del trabajo será desde el mes de Enero hasta Diciembre del año 2017.

### **1.4.3. Delimitación social**

Se tomara en cuenta a todos los pacientes que acuden al servicio de cirugía, que acuden por apendicitis aguda.

### **1.4.4. Delimitación conceptual**

El presente trabajo se encuentra dentro de la especialidad de Cirugía General, en el cual se determina la automedicación en los pacientes con apendicitis aguda durante el periodo de Enero a Diciembre 2017.

## **1.5 Limitaciones de la investigación.**

Para realizar el presente trabajo de investigación se evalúa que los siguientes problemas son los que se pueden limitar la realización del mismo:

- Negativa por parte de los pacientes para brindar información solicitada.
- Historias clínicas incompletas.
- Poca cantidad de pacientes presentes durante la aplicación del instrumento de recolección de datos.

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 General**

- Determinar si existe relación entre la automedicación y el retraso del diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.

### **1.6.2 Específicos**

- Reconocer el estadio patológico de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.
- Determinar si existe relación entre el grupo etario y la automedicación de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.
- Determinar si existe relación entre el género y la automedicación de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.
- Identificar el fármaco más utilizado de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del

Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero-Diciembre 2017.

- Identificar el tiempo de enfermedad y el tiempo de diagnóstico confirmatorio de los pacientes con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.
- Determinar el tiempo en sala de operaciones de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero-Diciembre 2017.

### **1.7 Propósito**

La realización del presente trabajo de investigación se hace con el fin de determinar la relación que existe entre la automedicación y el retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda, con el fin de poder dejar como antecedente para futuros estudios, además, de poder abastecer de información suficiente sobre las características actuales de los pacientes con retraso de diagnóstico en la apendicitis; que repercuten en el tratamiento adecuado y evitar las complicaciones del mismo.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes bibliográficos

- Durand A, en su tesis titulado “Asociación entre el retraso del tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda y sus complicaciones, en un Hospital del Seguro Social de Lima Metropolitana, de enero 2015 a enero 2016”, tuvo por objetivo demostrar la asociación entre el retraso del tratamiento quirúrgico de las apendicitis agudas y sus complicaciones en el Servicio Cirugía del Hospital II Ramón Castilla – EsSalud, para el cual se realizó un estudio de tipo observacional, Analítico, Longitudinal, Retrospectivo. Obteniéndose un total de 99 pacientes fueron incluidos en el estudio. La apendicitis aguda ocurrió en un 54.5% de casos. Un Tiempo Sintomático mayor igual de 29 horas evidencio una asociación estadísticamente significativa con la aparición de apendicitis aguda ( $p= 0.01$ ,  $OR=3.1$ ,  $IC=95\%$ ), El Tiempo hospitalario fue mayor en los pacientes con apendicitis aguda (8.44 vs. 7.33 horas) sin evidenciar una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.423$ ). Concluyendo que existe una relación entre el retraso del tratamiento quirúrgico y la aparición de la enfermedad apendicular a expensas del tiempo sintomático y el tiempo total, mas no del tiempo hospitalario.<sup>(6)</sup>
- Cruz L, en su tesis titulado “Tiempo de enfermedad y premedicación como riesgo para apendicitis perforada en el hospital de ventanilla, enero – septiembre 2017” tuvo como objetivo determinar si el tiempo de enfermedad y pre-medicación actúan como factores de riesgo para apendicitis perforada en el Hospital de ventanilla, para lo cual se realizó un estudio analítico de casos y controles de 234 historias clínicas, el grupo de casos constituido por 78 pacientes con diagnóstico postoperatorio de apendicitis perforada y el grupo control

constituido de 156 pacientes con diagnóstico postoperatorio con apendicitis aguda simple. Obteniéndose que del total de pacientes con tiempo de enfermedad mayor de 72 horas, 61.5%, presentaron apendicitis perforada (OR= 5.33 IC 95% (2.96; 9.61). de la misma forma el 69,2% de pacientes con un tiempo de enfermedad extrahospitalaria mayor de 24 horas presentan apendicitis perforada (OR=5,72 (IC: 3,16 - 10,37)). En relación a la pre- medicación, el 15,4% de los pacientes que tomaron medicamentos previos, presentaron apendicitis perforada, OR= 2.97 IC 95% (1.19; 7.39). Concluyendo que el tiempo de enfermedad, tiempo de enfermedad extrahospitalario, tiempo de enfermedad intrahospitalario y la pre- medicación son factores de riesgo para la presencia de apendicitis perforada.<sup>(7)</sup>

- Nunez L, en su tesis titulada “Factores de Riesgo asociados a apendicitis aguda en pacientes operados en el centro médico naval, en el periodo enero – junio 2016” tuvo por objetivo identificar los factores de riesgo asociados a apendicitis aguda en pacientes operados en el Centro Médico Naval, para lo cual se realizó un estudio observacional tipo analítico de caso- control, ingresaron 85 casos (apendicitis aguda) y 74 controles (apendicitis aguda no ). Obteniéndose que los factores de riesgo asociados a apendicitis aguda fueron: edad (OR:0.34, IC95%:0.16-0.7), el sexo (OR:2.2,IC95%:1.06-4.58), la automedicación (OR:7.92,IC95%:3.36-19.63), tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el ingreso a quirófano (OR:2.15,IC95%:1.08-4.3), tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el ingreso al hospital (OR:6.041,IC95%:1.82-25.7) y tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital y el ingreso a quirófano (OR:15.16,IC95%:5.26-52.49). Concluyendo que existe asociación entre edad, sexo, automedicación, tiempo transcurrido entre inicio de síntomas y cirugía, tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el ingreso al hospital, y tiempo transcurrido entre el

ingreso al hospital y la cirugía con la ocurrencia de apendicitis aguda.<sup>(8)</sup>

- Angamarca E, en su tesis titulado “Factores Asociados A La Apendicitis Aguda En Los Adultos Hospitalizados En El Área De Cirugía Del Hospital Regional Isidro Ayora De Loja En El Periodo Julio-Diciembre 2015”, tuvo por objetivo determinar el tiempo de evolución de los síntomas antes de acudir al hospital e intervención quirúrgica, la automedicación y sus complicaciones más frecuentes, para lo cual se realizó un estudio descriptivo analítico de tipo transversal. Obteniéndose que el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el ingreso al hospital fue de 25-72 horas con un 40,9% y el tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital y la intervención quirúrgica fue de 3-4 horas con un porcentaje de 33,33%, la automedicación en un 62,12%, las complicaciones más frecuentes fueron plastrón apendicular con un 36,36% seguido de perforaciones con un 31,81%.<sup>(9)</sup>
- Castillo S, en su tesis titulada “Relación de la automedicación y el estadio anatómico-patológico en la evolución de la apendicitis aguda” tuvo por objetivo determinar la relación entre la automedicación y el estadio anatómico-patológico en la evolución de la apendicitis aguda, para lo cual se realizó un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo, transversal en el que se incluyeron 342 pacientes. Obteniéndose que el 62% de los pacientes fueron varones, siendo su edad oscilante entre los 19 y 29 años; además el 77% de los pacientes se automedicó. Concluyendo que la automedicación se relaciona con la apendicitis aguda en los pacientes atendidos en el H.B.T.<sup>(10)</sup>
- Asad S, et al; en su artículo “Causas De Presentación Retrasada De Apendicitis Aguda Y Su Impacto En La Morbilidad Y La Mortalidad” tuvo por objetivo evaluar los diferentes factores causantes de la presentación tardía de apendicitis. Métodos: Este estudio transversal se llevó a cabo en la unidad Quirúrgica "C", en el Hospital Docente

Ayub, Abbottabad, Pakistán, del 20 de junio de 2013 al 19 de junio de 2014. Un total de 130 pacientes se presentaron con apendicitis en OPD o servicio de urgencias. La historia detallada, el examen físico general y sistémico, especialmente el examen abdominal, se realizaron junto con las investigaciones. Resultados: se encontró que el 23.08% de la presentación de apendicitis se debe a un diagnóstico fallido por parte de los médicos, el 30.77% al diagnóstico no realizado por médicos, 23.08 % se debe a un tratamiento conservador en los hospitales DHQ por parte de los cirujanos, y el 23,08% se presentó tardíamente debido a la automedicación en el hogar. Conclusión: todos los pacientes con dolor en la fosa ilíaca derecha, debe sospecharse una apendicitis. Se debe hacer un examen adecuado para excluirlo. Si se mantiene una gestión conservadora, se debe realizar un control regular de los signos vitales con las investigaciones de laboratorio.<sup>(11)</sup>

- Khan J, et al; en su artículo “Causas de la presentación tardía de la apendicitis aguda y cómo afecta la morbilidad y la mortalidad” tuvo por objetivo evaluar las diferentes causas de la presentación diferida de la apendicitis aguda Este estudio transversal se llevó a cabo en la sala quirúrgica del hospital DHQ Timargara Dir. Todos los pacientes fueron sometidos a una historia detallada, examen clínico e investigaciones. Se encontró que los médicos diagnosticaron incorrectamente al 26.08% de los pacientes. Alrededor del 32.17% de los pacientes fueron mal manejados por Quacks. Los pacientes manejados por los cirujanos del distrito DHQ fueron de aproximadamente 5.21% y los auto medicados se encontraron en 13.04% de los pacientes. así que la presentación debido a la llegada tardía y el rechazo por parte del paciente por razones financieras fue del 13.04%. Aproximadamente el 10.43% de los pacientes de nuestro estudio se complicaron debido a la negativa de la cirugía por parte de los pacientes después del diagnóstico. Todos los pacientes con dolor en la fosa ilíaca derecha

deben sospecharse de apendicitis aguda. Se debe realizar un trabajo adecuado para excluir el diagnóstico de apendicitis aguda. Si el diagnóstico es equívoco, se debe mantener al paciente bajo observación con un control regular de los signos vitales. La apendicectomía temprana se debe considerar como un retraso en el procedimiento que tiene serias implicaciones.<sup>(12)</sup>

- Rasool A, et al; en su artículo “Determinar los factores que afectan la demora en el diagnóstico de la apendicitis aguda, que afecta la morbilidad y mortalidad de los pacientes, en un centro de atención terciaria en Karachi, Pakistán” tuvo por objetivo de nuestro estudio es determinar los factores que afectan el retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda, para disminuir la morbilidad y la mortalidad de esta condición. El tipo de estudio es un estudio transversal, realizado durante un período de un año desde mayo de 2014 a mayo de 2015 en un centro de atención terciaria en Karachi, Pakistán. La población total del estudio consistió en 150 pacientes. La población de estudio consistió en 150 pacientes, que tenían una edad media de  $35 \pm 12$  años, de los cuales 92 (61.33%) eran varones y 58 (38.66%) eran mujeres. 42 (28%) de los pacientes fueron diagnosticados erróneamente por los médicos en el servicio de urgencias en la presentación inicial y fueron referidos como un caso ambulatorio, mientras que 50 (33.33%) de los pacientes fueron manejados por no médicos en el ataque inicial de apendicitis. Para el manejo adecuado de la apendicitis aguda es imprescindible realizar un diagnóstico precoz e intervención quirúrgica, lo que disminuye significativamente las complicaciones, la morbilidad y la mortalidad de estos pacientes. Existe una necesidad emergente de educar al público para que busque atención adecuada a su debido tiempo a fin de evitar complicaciones innecesarias.<sup>(13)</sup>
- Rosenbloom J, et al; en su artículo “Una evaluación limitada de la asociación de la administración de medicamentos raciales y



anestésicos: una experiencia de centro único con apendicectomías” tuvo por objetivo de este estudio fue determinar si existen diferencias entre los niños blancos y negros con respecto a la administración de medicamentos anestésicos y analgésicos para un único procedimiento en nuestra institución. Llevamos a cabo una revisión retrospectiva de los medicamentos administrados a pacientes para apendicectomías de emergencia en un gran hospital infantil académico desde 2010 hasta 2015. Durante el período de estudio, 1680 pacientes (1329 blancos, 351 negros) se sometieron a una apendicectomía de emergencia. No hubo diferencias raciales significativas en la administración de medicamentos anestésicos intraoperatorios entre niños blancos y negros. En el análisis no ajustado, los niños negros tenían menos probabilidades de recibir midazolam preoperatorio que los niños blancos (OR = 0,74 [IC 95%, 0,58-0,94],  $p = 0,012$ ). No encontramos una diferencia significativa en la administración de medicamentos preoperatorios o intraoperatorios según la raza cuando ajustamos por edad, sexo y patrones de práctica de anestesiólogo. Animamos a todas las instituciones a monitorear sus propios patrones de práctica con respecto a la raza.<sup>(14)</sup>

- Sallinen V, et al; en su artículo “Metaanálisis de antibióticos versus apendicectomía para apendicitis aguda no perforada” tuvo por objetivo evaluar los beneficios y los daños de la terapia con antibióticos en comparación con la apendicectomía en pacientes con apendicitis no perforada. Se realizó una búsqueda exhaustiva para los ensayos aleatorios que comparaban la terapia con antibióticos con apendicectomía en pacientes con apendicitis no perforada. Los resultados clave se analizaron mediante un metanálisis de efectos aleatorios, y la calidad de la evidencia se evaluó mediante el enfoque de Evaluación de Calificación de Recomendaciones, Desarrollo y Evaluación (GRADE). Cinco estudios que incluyeron 1116 pacientes informaron complicaciones mayores en 25 (4.9%) de 510 pacientes

en el antibiótico y 41 (8.4%) de 489 en el grupo de apendicectomía: diferencia de riesgo -2.6 (95% ci. -6.3 a 1.1) por ciento (pruebas de baja calidad). Las complicaciones menores ocurrieron en 11 (2.2 por ciento) de 510 y 61 (12.5 por ciento) de 489 pacientes respectivamente: diferencia de riesgo -7.2 (-18.1 a 3.8) por ciento (muy bajo) evidencia de calidad). De 550 pacientes en el grupo de antibióticos, 47 se sometieron a una apendicectomía en el plazo de 1 mes: la estimación conjunta 8.2 (95% c.i. 5.2 a 11.8) por ciento (evidencia de alta calidad). Dentro de 1 año, la apendicitis recidivó en 114 de 510 pacientes en el grupo de antibióticos: estimación conjunta 22.6 (15.6 a 30.4) por ciento (evidencia de alta calidad). Por cada 100 pacientes con apendicitis no perforada, la terapia inicial con antibióticos en comparación con la pronta apendicectomía puede dar como resultado que 92 pacientes reciban menos cirugía en el primer mes y 23 que presenten apendicitis recurrente en el primer año. Concluyendo que la elección del tratamiento médico versus quirúrgico en pacientes con apendicitis claramente no depende del valor y de las preferencias, lo que sugiere que es necesario un cambio en la práctica hacia la toma de decisiones compartida.<sup>(15)</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

### **Apendicitis**

En el adulto, la longitud promedio del apéndice es de 6 a 9 cm; sin embargo, puede variar en longitud de <1 a> 30 cm. El diámetro exterior varía entre 3 y 8 mm, mientras que el diámetro luminal varía entre 1 y 3 mm. El apéndice recibe su suministro arterial de la rama apendicular de la arteria ileocólica. Esta arteria se origina posterior al íleon terminal, ingresando al

mesoapéndice cerca de la base del apéndice. El drenaje linfático del apéndice fluye a los ganglios linfáticos que se encuentran a lo largo de la arteria ileocólica. La inervación del apéndice se deriva de elementos simpáticos aportados por el plexo mesentérico superior (T10-L1) y aferentes de los elementos parasimpáticos a través de los nervios vagos.<sup>(16)</sup>

Las características histológicas del apéndice están contenidas dentro de las tres capas siguientes: la serosa externa, que es una extensión del peritoneo; la capa muscular, que no está bien definida y puede estar ausente en ciertos lugares; y finalmente, la submucosa y la mucosa. Los agregados linfoides ocurren en la capa submucosa y pueden extenderse a la muscularis mucosa.<sup>(16)</sup>

Los canales linfáticos son prominentes en las regiones subyacentes a estos agregados linfoides. La mucosa es como la del intestino grueso, a excepción de la densidad de los folículos linfoides. Las criptas tienen un tamaño y forma irregulares, en contraste con la apariencia más uniforme de las criptas en el colon. Los complejos neuroendocrinos compuestos de células ganglionares, células de Schwann, fibras nerviosas y células neurosecretoras se colocan justo debajo de las criptas.<sup>(16)</sup>

## **Epidemiología**

El riesgo de por vida de desarrollar apendicitis es del 8.6% para los hombres y del 6.7% para las mujeres, con la mayor incidencia en la segunda y tercera décadas. La tasa de apendicectomía por apendicitis ha ido disminuyendo desde la década de 1950 en la mayoría de los países. En los Estados Unidos, alcanzó la tasa de incidencia más baja de alrededor de 15 por cada 10.000 habitantes en la década de 1990. Desde entonces, ha habido un aumento en la tasa de incidencia de apendicitis no perforada. La razón de esto no está clara, pero se ha propuesto que el mayor uso de

imágenes de diagnóstico ha llevado a una mayor tasa de detección de apendicitis leve que de otro modo se resolvería sin ser detectada.<sup>(16)</sup>

### **Presentación clínica Manifestaciones clínicas**

El proceso inflamatorio en el apéndice se presenta como dolor, que inicialmente es de tipo difuso visceral y luego se vuelve más localizado a medida que el revestimiento peritoneal se irrita.<sup>(17)</sup>

La apendicitis generalmente comienza con dolor periumbilical y difuso que eventualmente se localiza en el cuadrante inferior derecho (sensibilidad, 81%; especificidad, 53%) 34. Aunque el dolor en el cuadrante inferior derecho es uno de los signos más sensibles de apendicitis, dolor en un lugar atípico o el dolor mínimo a menudo será la presentación inicial. Las variaciones en la ubicación anatómica del apéndice pueden explicar las diferentes presentaciones de la fase somática del dolor.<sup>(17)</sup>

La apendicitis también se asocia con síntomas gastrointestinales como náuseas (sensibilidad, 58%, especificidad, 36%), vómitos (sensibilidad, 51%, especificidad, 45%) y anorexia (sensibilidad, 68%; especificidad, 36%). Los síntomas gastrointestinales que se desarrollan antes del inicio del dolor sugieren una etiología diferente, como la gastroenteritis. Muchos pacientes se quejan de una sensación de constipación antes de la aparición del dolor y sienten que la defecación aliviará su dolor abdominal. La diarrea puede ocurrir en asociación con la perforación, especialmente en los niños.<sup>(17)</sup>

Al principio de la presentación, los signos vitales pueden ser mínimamente alterados. La temperatura corporal y la frecuencia del pulso pueden ser normales o ligeramente elevadas. Los cambios de mayor magnitud pueden indicar que ha ocurrido una complicación o que se debe considerar otro diagnóstico. Los hallazgos físicos están determinados por la presencia de irritación peritoneal y están influenciados por si el órgano ya se ha roto cuando el paciente se examina por primera vez. Los pacientes con

apendicitis generalmente se mueven lentamente y prefieren acostarse en decúbito supino debido a la irritación peritoneal. <sup>(17)</sup>

En la palpación abdominal, hay sensibilidad con un máximo en o cerca del punto de McBurney. En la palpación profunda, a menudo se puede sentir una resistencia muscular (protección) en la fosa ilíaca derecha, que puede ser más evidente en comparación con el lado izquierdo. Cuando la presión de la mano examinadora se alivia rápidamente, el paciente siente un dolor repentino, la llamada ternura de rebote. La hipersensibilidad indirecta (signo de Rovsing) y la sensibilidad indirecta al rebote (es decir, dolor en el cuadrante inferior derecho cuando se palpa el cuadrante inferior izquierdo) son indicadores fuertes de irritación peritoneal. La sensibilidad al rebote puede ser muy aguda e incómoda para el paciente. <sup>(17)</sup>

Por lo tanto, se recomienda comenzar con la prueba de sensibilidad de rebote indirecta y sensibilidad de percusión directa. Las variaciones anatómicas en la posición del apéndice inflamado conducen a desviaciones en los hallazgos físicos habituales. Con un apéndice retrocecal, los hallazgos abdominales son menos llamativos, y la sensibilidad puede ser más marcada en el flanco. Cuando el apéndice se cuelga en la pelvis, los hallazgos abdominales pueden estar completamente ausentes, y el diagnóstico puede pasarse por alto. Se dice que la sensibilidad rectal del lado derecho ayuda en esta situación, pero el valor de diagnóstico es bajo. El dolor con la extensión de la pierna derecha (signo del psoas) indica un foco de irritación en la proximidad del músculo psoas derecho. De manera similar, el estiramiento del obturador interno a través de la rotación interna de un muslo flexionado (signo del obturador) sugiere una inflamación cerca del músculo. <sup>(17)</sup>

## **Diagnóstico**

El apéndice tiene diversas variaciones anatómicas, y también así

tienen una relación directa con las estructuras de la zona pélvica y abdomen bajo; siendo un reto para su diagnóstico, sin embargo, los síntomas varían y debido a la rápida evolución de la enfermedad, es muy importante el manejo óptimo y adecuado. En la actualidad la incidencia ha aumentado y a su vez la exactitud diagnóstica gracias a los avances en tecnología y conocimientos de las patologías, y a pesar de eso existe un margen de error entre los 20 y 40%.<sup>(18)</sup>

La escala de Alvarado es una escala que da puntos por síntoma, signo y alteración de laboratorio que se halla en el paciente con posibilidad de apendicitis aguda, se contabiliza y se clasifica como se ve a continuación:

<b>Cuadro I. Escala de Alvarado.</b>		
		Valor
Síntomas	Migración	1
	Anorexia	1
	Náusea y vómito	1
Signos	Dolor en FID	2
	Rebote	1
	Fiebre	1
Laboratorios	Leucocitosis	2
	Neutrofilia	1
<b>Total:</b>		<b>10</b>

**Fuente:** Hansson LE, Laurell H, Gunnarsson U. Impact of time in the development of acute appendicitis.

Se clasifica en menor de 5 puntos a pacientes con duda diagnóstica, 5 a 6 sugestivo, 7 a 8 probable y 9 a 10 muy probable apendicitis, con una sensibilidad del 89% en el diagnóstico de apendicitis.<sup>(18)</sup>

### **Manejo inicial**

El tratamiento quirúrgico ha sido el tratamiento estándar desde que McBurney informó sobre sus experiencias. El concepto de tratamiento no quirúrgico para la apendicitis no se desarrolló a partir de dos líneas de

observaciones. En primer lugar, para pacientes en un entorno donde el tratamiento quirúrgico no está disponible (por ejemplo, submarinos, expediciones en áreas remotas), se observó que el tratamiento con antibióticos solo era efectivo. En segundo lugar, muchos pacientes con signos y síntomas compatibles con apendicitis que no recurrieron al tratamiento médico ocasionalmente tendrían una resolución espontánea de su enfermedad.<sup>(19)</sup>

Un puñado de estudios observacionales y ensayos controlados informaron los resultados del tratamiento no operatorio versus el tratamiento quirúrgico de la presunta apendicitis no . En general, se informó una tasa de fracaso del 9% a corto plazo (<30 días) con el tratamiento no operatorio de la apendicitis (13% si se evaluó según el protocolo). En pacientes en quienes falla el tratamiento no quirúrgico, casi la mitad de los pacientes tienen apendicitis (perforada o gangrenosa). Después de 1 mes, aproximadamente el 1% de los pacientes en los ensayos se sometieron a una apendicectomía de intervalo, y el 13% de los pacientes que inicialmente se trataron con éxito con medidas no quirúrgicas desarrollaron apendicitis recurrente, con una tasa de apendicitis del 18%.<sup>(19)</sup>

El seguimiento no fue más de 1 año en ningún estudio. Además, un tercio de los pacientes disminuyó o abandonó el tratamiento no operatorio de la apendicitis. En comparación, la apendicectomía operatoria demostró una tasa de abandono relativamente baja (2%), una menor proporción de apendicitis (25%), una proporción pequeña de un apéndice normal (5%) y tasas bajas de infección superficial del sitio quirúrgico (3,7%) y absceso intraabdominal (1.3%).<sup>(19)</sup>

Los resultados en estos estudios deben considerarse con cautela debido a una selección poco clara de los pacientes, un diagnóstico incompleto en los pacientes no operados, un patrón de oro poco claro para los pacientes operados y altas tasas de cruces entre los grupos de tratamiento. Las consecuencias en términos de uso de camas hospitalarias,

duración de la estancia hospitalaria, morbilidad del tratamiento quirúrgico diferido después del fracaso del tratamiento no quirúrgico, retraso en el diagnóstico de pacientes con un cáncer subyacente en el apéndice o ciego y riesgo de aumento de la resistencia a los antibióticos deben investigarse más a fondo . Por lo tanto, el tratamiento quirúrgico de la presunta apendicitis no sigue siendo el tratamiento estándar. Ciertos subgrupos con apendicitis no pueden tener buenos resultados con la terapia no quirúrgica. Los pacientes que persiguen el tratamiento no quirúrgico deben ser cuidadosamente asesorados sobre los riesgos de fracaso del tratamiento y apendicitis recurrente. <sup>(19)</sup>

### **Automedicación**

La automedicación es el tratamiento de problemas de salud comunes con medicamentos especialmente diseñados y etiquetados para su uso sin supervisión médica y aprobados como seguros y eficaces para dicho uso. <sup>(19)</sup>

Las medicinas para la automedicación a menudo se llaman 'sin receta' o 'sin receta' (OTC) y están disponibles sin receta médica a través de las farmacias. En algunos países, los productos OTC también están disponibles en supermercados y otros puntos de venta. Los medicamentos que requieren una receta médica se llaman productos recetados (productos Rx). <sup>(19)</sup>

### **Beneficios de costo en la automedicación**

El envejecimiento de la población y los crecientes costos de la atención sanitaria plantean la cuestión de que las necesidades superan a los fondos disponibles si se quiere mantener la solvencia de los sistemas de financiación de la asistencia sanitaria. Por ejemplo, para el año 2010, se proyecta que el porcentaje de la población mayor de 65 años alcanzará el 22



por ciento en Japón y el 16 por ciento en Europa. Mientras tanto, el acceso y la asequibilidad de la atención médica son esenciales. La autorresponsabilidad es un aspecto en esa imagen, y los medicamentos sin receta son parte de eso. Si se usa adecuadamente, la automedicación puede aumentar el acceso y mejorar la imagen de costo-beneficio en ciertas áreas.<sup>(19)</sup>

Los productos de automedicación son aquellos que no requieren receta médica y que se producen, distribuyen y venden a los consumidores para su uso por iniciativa propia. La automedicación responsable se puede usar para prevenir y tratar síntomas y dolencias que no requieren consulta o supervisión médica. Esto reduce la presión sobre los servicios médicos, especialmente cuando estos son limitados. Para las poblaciones que viven en zonas rurales o remotas donde el acceso a los servicios médicos puede ser difícil, los pacientes pueden controlar sus propias condiciones en mayor medida. Solo si la afección no responde, persiste o se vuelve más grave, el paciente deberá buscar atención médica profesional.<sup>(19)</sup>

Otros factores también han contribuido a que los medicamentos recetados se desregularan a la venta extrabursátil (OTC) y los nuevos medicamentos con acción farmacológica específica se han reclasificado con éxito de prescripción a sin receta en muchos países. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América, los productos que contenían más de 80 ingredientes activos de diferentes grupos terapéuticos pasaron del estado de prescripción al estado OTC entre 1976 y 2000. En muchos casos, las restricciones impuestas al reembolso de medicamentos recetados han impulsado autoridades para evaluar y desregular los productos de automedicación al estado OTC.<sup>(19)</sup>

Según un estudio de entrevista al consumidor realizado en seis países de América Latina, solo el 34% de los medicamentos dispensados se clasificaron como OTC. Se concluyó que un porcentaje relativamente alto de medicamentos se dispensó sin receta médica o seguimiento y esto se

atribuyó a la falta de acceso a la atención médica. Igualmente preocupante es el hecho de que, en muchos países, a pesar de que los medicamentos OTC se entregan con un prospecto de información para el paciente, el autoprescriptor no recibe información alguna sobre cómo usar un medicamento recetado.<sup>(19)</sup>

Hay varios problemas críticos involucrados antes de decidir si los medicamentos deben autorizarse para la automedicación. Primero y principal, es el principio de que ningún medicamento es absolutamente seguro: los medicamentos con receta siguen siendo medicamentos potentes. En la mayoría de los casos, la automedicación se aplica sin supervisión médica y, hasta cierto punto, es un área desconocida con respecto a las interacciones, el embarazo, la lactancia, el uso en niños y ancianos, la conducción, las condiciones de trabajo, el alcohol o alimentos en comparación con el entorno más controlado solo de prescripción. En muchos países, la posibilidad de informar reacciones adversas a medicamentos (ADR) a productos de automedicación no está disponible, ya que muchos esquemas convencionales de notificación de ADR operan a través de profesionales de la salud.<sup>(19)</sup>

Solo en un pequeño número de países con sistemas de ADR altamente desarrollados, los pacientes y los consumidores pueden informar los ADR directamente a las autoridades o a través de las farmacias. Además, los datos de ensayos clínicos para el uso de medicamentos recetados pueden no ser necesariamente válidos para la automedicación. Esta situación está empezando a mejorar en algunos países que ahora exigen que se lleven a cabo estudios ambientales OTC antes del registro.<sup>(19)</sup>

Mención especial debe hacerse de la fuerte dependencia de los analgésicos OTC. Estos se asociaron desde hace tiempo con la insuficiencia renal crónica. Muchos informes anteriores implicaron analgésicos que contienen fenacetina como el factor de riesgo. Desde principios de la década de 1980, varios estudios de casos y controles han informado asociaciones

entre la insuficiencia renal crónica y el uso de otras formas de analgésicos, que incluyen paracetamol, aspirina y otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Aunque los hallazgos de estos estudios deben interpretarse con precaución, el uso de analgésicos de venta libre es generalizado y el impacto potencial de estos medicamentos en el desarrollo de insuficiencia renal crónica puede ser significativo. Además, el consumidor puede desconocer que varios productos con diferentes marcas y para diferentes indicaciones pueden contener el mismo ingrediente activo. <sup>(19)</sup>

## 2.3 Marco Conceptual

- **Apendicitis:** enfermedad quirúrgica de urgencia más frecuente, que se caracteriza por inflamación del apéndice. <sup>(16)</sup>
- **Automedicación:** componente del autocuidado, el cual es definido como el propio tratamiento de los signos y síntomas de enfermedad que las personas padecen, ha sido la forma más utilizada para el mantenimiento de la salud. <sup>(19)</sup>

## 2.4 Hipótesis

### 2.4.1 Hipótesis General

Ho: No existe relación entre la automedicación y el retraso del diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.

H1: Existe relación entre la automedicación y el retraso del diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.

### 2.4.2 Hipótesis Específico

Ho: No existe relación entre el grupo etario y la automedicación de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.

H1: Existe relación entre el grupo etario y la automedicación de los pacientes con diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.

Ho: No existe relación entre el género y la automedicación de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.

H1: Existe relación entre el género y la automedicación de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.

## **2.5 Variables**

### **2.5.1. Variable independiente**

Automedicación.

### **2.5.2. Variable dependiente**

Retraso en el diagnóstico de la Apendicitis:

Dimensiones:

Tiempo de enfermedad.

Tiempo en sala de operaciones.

Tiempo de diagnóstico confirmatorio.

Tipo de estadio patológico.

### 2.5.3. Variables intervinientes

Edad - Género

Familia medicamentosa

### 2.6 Definición operacional de términos

**Edad.-** Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

**Tiempo de enfermedad.-** Tiempo transcurrido desde el inicio de la presencia de síntomas hasta el diagnóstico.

**Medicamento.-** Compuesto químico, que tiene una función dentro del organismo del ser vivo.

**Genero.-** Identidad sexual del ser vivo.

**Tiempo operatorio.-** Tiempo transcurrido durante el proceso operatorio de la Apendicitis Aguda.

**Criterios diagnósticos.-** Criterios estandarizados utilizados para el diagnóstico de la apendicitis aguda.

**Retraso en el diagnóstico.** - se considera así a la demora en la capacidad clínica de poder diagnosticar una enfermedad.

**Automedicación.-** Se considera al consumo de medicamentos sin prescripción médica autorizada

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. Diseño metodológico

Transversal Correlacional

#### 3.1.1. Tipo de investigación

Observacional, Analítico, Retrospectivo

#### 3.1.2. Nivel de investigación

Relacional

### 3.2. Población y muestra

#### 3.2.1. Población

Se incluirán a todos los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda que se hayan atendido en el servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco, durante el año 2017, que según datos del área de informática de la institución asciende a 235 pacientes.

#### 3.2.3. Muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula para muestras finitas:

$$n = \frac{Z^2 N p q}{E^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

**Donde:**

**n** : Muestra que está sujeta a estudio **Z** : 1.96 (nivel de confianza 95%).

**pe** : 0.5 (probabilidad de ocurrencia).

**qe** : 0.5 (probabilidad de no ocurrencia).

**N** : 235 (tamaño de la población accesible)

**E2**: 0.05 (probabilidad de error debido al muestreo que estima en un 5%)

$$n = \frac{1.96^2 \times 235 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(235 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = \frac{225.694}{0.585 + 0.9604} = 147$$

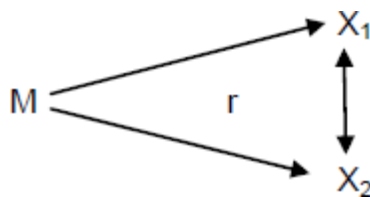
En el presente trabajo se tendrá como muestra a 147 pacientes que se atendieron en el servicio de cirugía general del Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.

### 3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El medio de recolección de información se llevara a cabo mediante el llenado de una Ficha de recolección de Datos, a partir de la historia clínica de las pacientes incluidas en el presente estudio.

### 3.4. Diseño de recolección de datos

El estudio es de tipo transversal-correlacional ya que nos permitirá vincular entre las dos variables.



Dónde:

M: es la muestra en la que se realizara el estudio siendo en este caso a los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda

X1: automedicación

X2: retraso diagnóstico de apendicitis aguda

r: representó la relación entre la automedicación y el retraso en el diagnóstico de la apendicitis aguda.

### **3.5. Procesamiento y análisis de datos**

La información contenida en la ficha de Procesamiento de datos fue registrada en la hoja de Excel, posteriormente el documento Excel se exportó al paquete estadístico SPSS versión 25, donde se analizó posteriormente.

### **3.6. Aspectos éticos**

El trabajo de investigación propuesto ha sido desarrollado y estructurado es de mi autoría, además con ayuda de los asesores metodológicos, quienes permitieron la aprobación del presente proyecto de investigación de tesis. Asimismo, en todo momento se mantuvo la veracidad, honestidad y respeto de los participantes y de los datos obtenidos; motivo por el cual no se presentan conflictos éticos.



## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

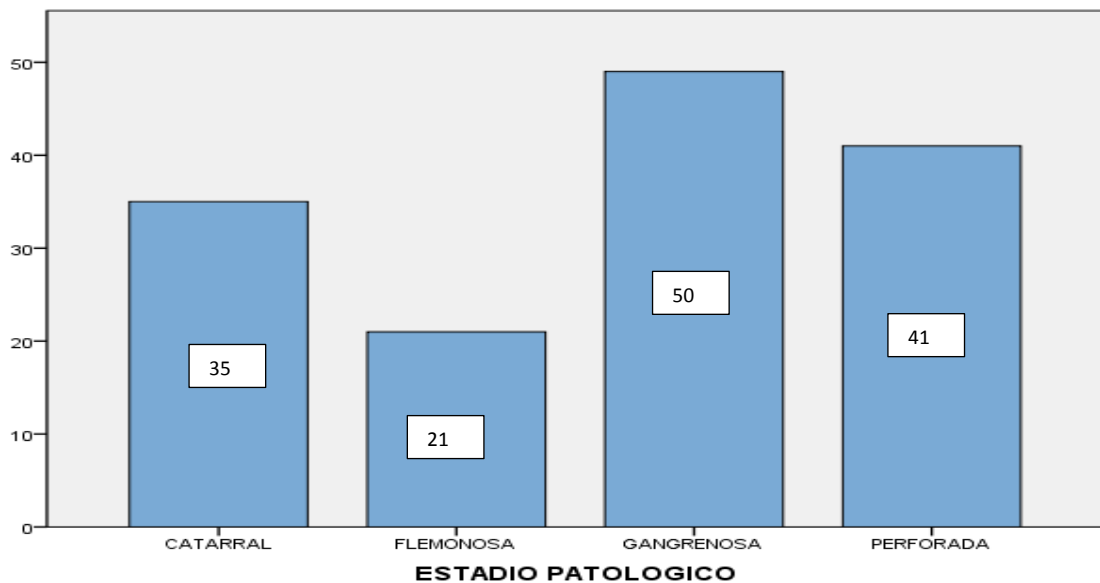
### 4.1 Resultados

**TABLA 01: ESTADIO PATOLÓGICO VS AUTOMEDICACIÓN**

		AUTOMEDICACIÓN				P- VALOR
		Si		No		
		N	%	N	%	
ESTADÍO PATOLÓGICO	Catarral	6	6.1%	29	60.4%	0.001
	Flemonosa	5	5.1%	16	33.3%	
	Gangrenosa	46	46.9%	4	6.3%	
	Perforada	41	41.8%	0	0.0%	
TOTAL		98	100%	49	100%	

Fuente: De elaboración propia

**GRÁFICO 01: ESTADIO PATOLÓGICO**



Fuente: De elaboración propia

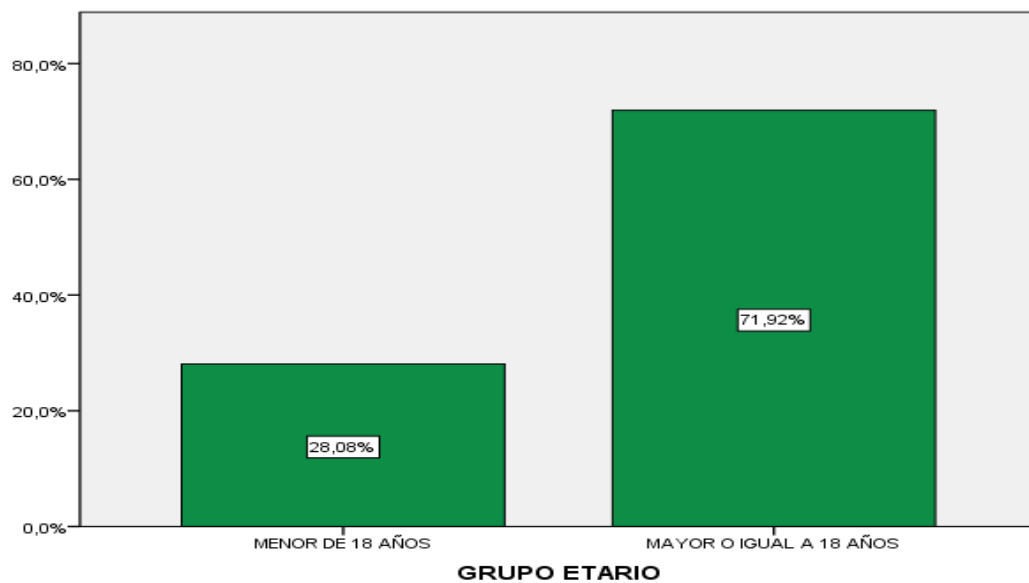
**Interpretación:** El estadio patológico es observado durante el acto operatorio, el cual se divide en cuatro, siendo el estadio gangrenoso y el perforado el más común entre aquellos entre los que automedicaban; a diferencia de aquellos que no se automedicaron que el estadio más común era el catarral y la flemonosa.

**TABLA 02: GRUPO ETARIO VS. AUTOMEDICACIÓN**

VARIABLES		Automedicación				P-VALOR
		Si		No		
		N	%	N	%	
Edad	Promedio ( $\pm$ de)	29.05 $\pm$ 16.5				
Grupo etario	Menor de 18 años	24	24.5%	18	35.4%	0.168
	Mayor o igual a 18 años	74	75.5%	31	64.6%	
<b>TOTAL</b>		98	100%	49	100%	

Fuente: De elaboración propia

**GRÁFICO 02. GRUPO ETARIO**



Fuente: De elaboración propia

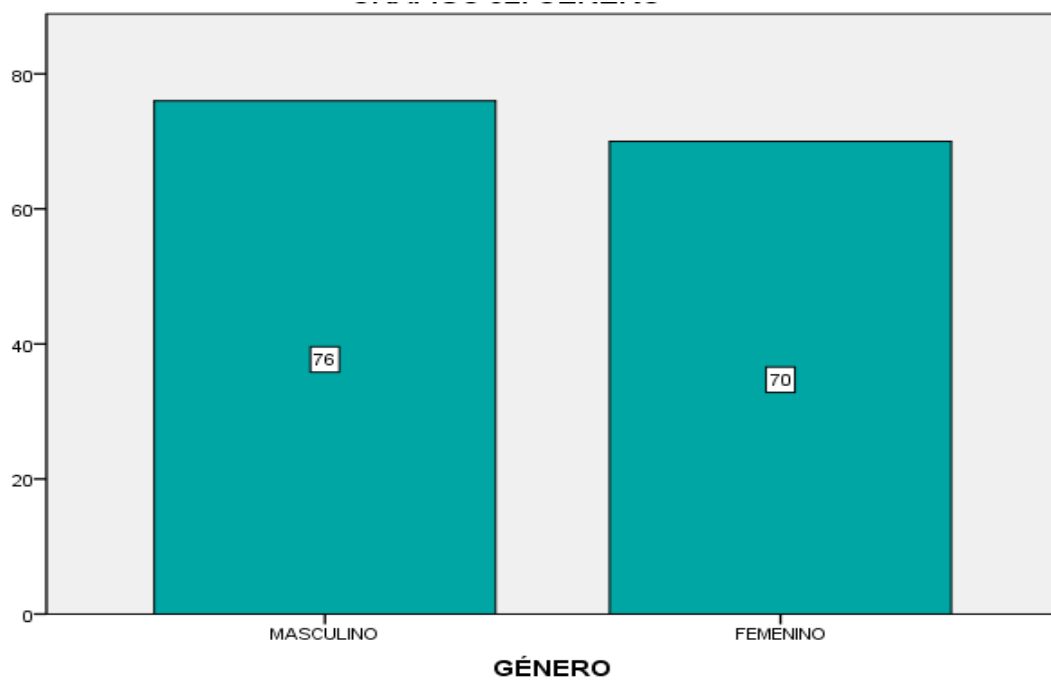
**Interpretación:** La edad promedio de los participantes en el estudio fue de 29 años de edad con una desviación estandar de 16.5 años; es decir que las edades oscilaban entre los 13 y 45 años de edad aproximadamente, mientras el grupo etario, mas del 50% de los casos tenían una edad superior a los 18 años.

**TABLA 03: GÉNERO VS AUTOMEDICACIÓN**

VARIABLE		Automedicación				P-VALOR
		Si		No		
		N	%	N	%	
Género	Masculino	50	51.0%	27	54.2%	0.721
	Femenino	48	49.0%	22	45.8%	
TOTAL		98	100%	49	100%	

Fuente: De elaboración propia

**GRÁFICO 03. GÉNERO**



Fuente: De elaboración propia

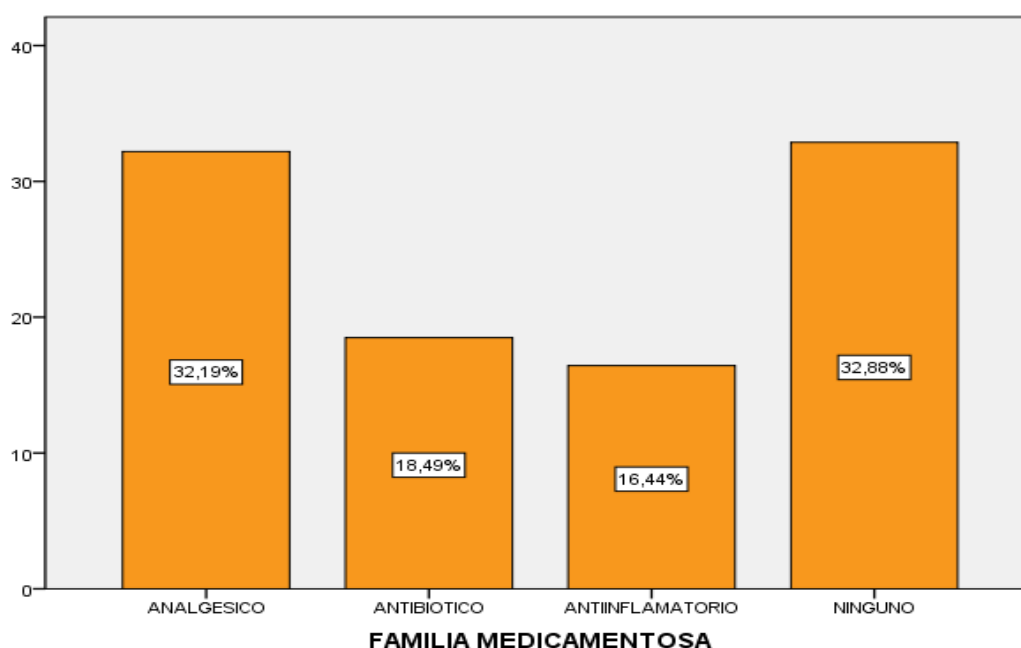
**Interpretación:** En cuanto al género, el 47.9% de los participantes pertenece al género femenino, mientras que un 52.1% es del género masculino.

**TABLA 04: FAMILIA MEDICAMENTOSA**

Familia medicamentosa	N	%
Analgésico	47	32.2
Antibiótico	27	18.5
Antiinflamatorio	25	16.4
Ninguno	49	32.9
<b>TOTAL</b>	<b>147</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** De elaboración propia

**GRÁFICO 04. FAMILIA MEDICAMENTOSA**



**Fuente:** De elaboración propia

**Interpretación:** La familia medicamentosa mas utilizada en el caso de presentar un dolor abdominal fue los analgesicos en un 32.2% de los casos, seguidamente por el uso de un antibiotico en el 18.5%. Sin embargo, un dato importante es que el 32.9% refirio no haber ingerido ningun tipo de medicamento.

**TABLA 05: TIEMPO DE ENFERMEDAD Y TIEMPO DE DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO**

	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESVIACIÓN ESTÁNDAR</b>
<b>Tiempo de enfermedad (horas)</b>	147	23.40	10.596
<b>Tiempo de diagnóstico confirmatorio (horas)</b>	147	26.92	11.445
<b>TOTAL</b>	147		

**Fuente:** De elaboración propia

**Interpretación:** El tiempo de enfermedad y el tiempo de diagnóstico confirmatorio fueron cuantificados en horas de los cuales, el primero se reportó una media de 23.40 horas, con una desviación estándar de 10.5 horas, mientras que en el segundo caso llegó a tener una media de 26.9 horas, con una desviación estándar de 11.4.

**TABLA 06: TIEMPO EN SALA DE OPERACIONES**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>TIEMPO EN SALA DE OPERACIONES (min)</b>	147	30	140	82.10	27.233
<b>TOTAL</b>	147				

**Fuente:** De elaboración propia

**Interpretación:** El tiempo que demoraron en sala con relativamente cortos, según el tipo de estadio patológico en el que se encontro el apendice durante el acto quirurgico, teniendo una media de una hora con 20 minutos, ademas el menor tiempo fue el de 30 min.

## 4.2 Discusión

La apendicitis aguda es una patología de alta frecuencia en nuestro medio, al igual que su único tratamiento es el quirúrgico; sin embargo, no distingue entre raza ni edad. Para nuestro estudio el promedio edad de 29 años, es decir, oscilando entre los 13 y 45 años; asimismo, más del 50% de los incluidos tenían una edad superior a los 18 años, y una correlación negativa con respecto a la automedicación. Para Castillo <sup>(10)</sup>, en su estudio en el que se obtuvo una edad que oscilaba entre los 19 y 29 años, y para Rasool <sup>(13)</sup>, que incluyó a 150 pacientes, con una edad que oscilaba entre los 23 y los 47 años de edad.

El género más afectado con esta patología quirúrgica es el masculino en un 52.1%, frente a un 47.9% del género femenino, que al igual que la edad no tiene relación significativa con respecto a la automedicación. Para Nunez <sup>(8)</sup>, el sexo tuvo una relación positiva con respecto al riesgo de desarrollar la apendicitis aguda (OR: 2.2, IC: 95%); sin embargo, para Castillo <sup>(10)</sup> y Rasool <sup>(13)</sup>, obtuvieron que al igual que nuestro estudio, el género más afectado es el masculino en un 62% y 61.33%, respectivamente.

En cuanto a la familia de medicamentos con mayor uso entre las personas con la presencia de un dolor abdominal, fue el analgésico que se dio uso en un 32.2%, seguidamente por el 18.5% de uso de antibiótico. Para Cruz <sup>(7)</sup>, el 15.4% de los pacientes que incluyó tomo algún medicamento, presentando posteriormente una apendicitis de estadio perforado con un OR=2.97, mostrándose una relación significativa.

Sin embargo, Nunez <sup>(8)</sup>, Angamarca <sup>(9)</sup> y Castillo <sup>(10)</sup>, solo encontraron más del 50% de los incluidos en sus estudios, que se automedicación. Asimismo, Khan <sup>(12)</sup>, solo obtuvo un 13% de pacientes que se automedicaron, y Asad <sup>(11)</sup>, demostró que la automedicación demora el diagnóstico de apendicitis entre los participantes. Sallinen <sup>(15)</sup>, en el

metanálisis realizado del total de pacientes incluidos, el 4.9% utilizó un antibiótico, retrasando su intervención quirúrgica en el plazo de un mes.

En cuanto al tiempo de enfermedad y el tiempo de diagnóstico confirmatorio fueron cuantificados en horas teniendo como media de 23 horas y 26.9 horas, respectivamente. Sin embargo, el tiempo quirúrgico fueron en promedio de una hora con 20 minutos, y el menor tiempo operatorio fue de 30 minutos. Asimismo, Durand <sup>(6)</sup>, evidenció datos similares en el que obtuvo un promedio de tiempo sintomático de 29 horas, al igual que una asociación estadística significativa con la aparición de la apendicitis; por el contrario para Cruz <sup>(7)</sup> y Angamarca <sup>(9)</sup>, obtuvieron un tiempo de enfermedad mayor a 72 horas y entre 25-72 horas, respectivamente.

Nunez (8), halló que entre el inicio de los síntomas y el ingreso a sala de operaciones tiene una relación significativa (OR: 2.15), además, el tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y el ingreso al hospital es aún mayor (OR: 8.44). Por último, es muy importante tener en cuenta que entre el ingreso al hospital y el ingreso a sala de operaciones que aumentó el valor de riesgo de un 15.16 veces más.

Por último, el estadio patológico el cual se halló durante el acto operatorio, fue el estadio gangrenoso y perforado; siendo este más común en aquellos en los cuales tuvieron como antecedente la automedicación; obteniéndose una correlación positiva entre ambas variables ( $p < 0.05$ ). Para Cruz <sup>(7)</sup>, reportó en un 61.5% que presentaron un estadio perforado (OR: 5.33), de los cuales el 69.2% de los casos se había automedicado. Sin embargo, para Angamarca <sup>(9)</sup>, halló que la complicación más frecuente fue el plastrón apendicular con un 36,36% de los casos, y en un 31.81% que se presentaron perforados.



## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

- Se concluye que si existe relación significativa entre la automedicación y el retraso en el diagnóstico de la apendicitis aguda.
- En cuanto al estadio mas frecuente es el estadio gangrenoso y esta asociado significativamente con la automedicacion.
- El promedio de edad es de 29 años de edad con una desviación estandar de 16.5 años, no teniendo una relación significativa con la automedicación.
- El género en el que se presenta con mayor frecuencia es el masculino, y una relación no significativa con respecto a la automedicación.
- Ante un dolor abdominal, la mayoría de pacientes tiende a automedicarse, dentro los cuales el fármaco mas utilizado de manera indiscriminada fue el analgésico.
- El tiempo de enfermedad no sobrepasan las 24 hora en promedio, siendo una patología aguda a pesar del uso de fármacos. En cuanto al tiempo de diagnóstico confirmatorio, se da en un promedio de 26 horas.
- El tiempo en sala de operaciones es un poco alta, debido al retraso en el diagnóstico por el uso de analgésicos y complicando asi el estadio patológico del apendice, siendo en promedio de 82 minutos.

## 5.2 Recomendaciones

- Se debe de tener en cuenta que la automedicación retrasa el diagnóstico de la apendicitis aguda y así lleva a mayores complicaciones (estadios complicados como lo son el gangrenoso y perforado) , debiéndose tomar en cuenta siempre que se tenga signos clínicos que orienten a su diagnóstico diferencial.
- La edad más afectada son aquellos adultos jóvenes, y es necesario tener como diagnóstico diferencial ante un dolor abdominal, además de que son los que con mayor frecuencia se automedican.
- Es importante tener en cuenta que el diagnóstico de apendicitis debe ser valorada con mayor detalle en el género masculino, sin embargo hay que tener en cuenta en el caso de los pacientes del género femenino, debido a que otras patologías están presentes debido a sus anexos presentes.
- Es necesario realizar una estrategia sanitaria en la cual se debe de impulsar la no automedicación, y tener mayor hincapié en las farmacias que terminan por vender los medicamentos. Además, es necesario capacitar mejor en el diagnóstico diferencial de esta patología.
- Se debe tener en cuenta que la apendicitis aguda, al ser una patología de rápida progresión, es necesario considerarlo como diagnóstico diferencial en los dolores abdominales, asimismo, es necesario tener en cuenta que ante un dolor continuo es necesario acudir al centro de salud.
- El promedio de tiempo en sala de operaciones se puede disminuir, si es que la automedicación se reduce, permitiendo así un diagnóstico precoz ante un dolor abdominal, además que reduce el tiempo en sala de operaciones debido a que el estadio patológico no llega a complicarse.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Longo D, Kasper D, Jameson J, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J. Harrison: Principios de Medicina Interna. 18 Ed., México: Editorial Mc Graw-Hill; 2012.
2. Bahena-Aponte J A, Chávez-Tapia N C, Méndez-Sánchez N. Estado actual de la apendicitis. Médica Sur, México 2003; 10(3): 56-58.
3. Base de datos nacional de Egresos Hospitalarios. Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática, Perú 2009 – 2011
4. Gamero M, Barreda J, Hinostroza G. Apendicitis aguda: incidencia y factores asociados. Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima, Perú 2009. Revista Horizonte Medico. 2011; 11(1)
5. Sanabria A, Domínguez L, Vega V, Osorio C, Serna A. Tiempo de evolución de la apendicitis y riesgo de perforación. Rev Colomb Cir. 2013; 28:24-30
6. Durand AA. Asociación entre el retraso del tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda y sus complicaciones, en un Hospital del Seguro Social de Lima Metropolitana, de enero 2015 a enero 2016. [Lima - Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2018.
7. Cruz L. Tiempo de enfermedad y premedicación como riesgo para apendicitis perforada en el hospital de ventanilla, enero – septiembre 2017 [Tesis de grado]. [Lima - Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2018.
8. Nunez Melendrez L. Factores de Riesgo asociados a apendicitis aguda complicada en pacientes operados en el centro médico naval, en el periodo enero – junio 2016 [Tesis de grado]. [Lima - Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2017.
9. Angamarca EA. Factores asociados a la apendicitis aguda Complicada en los adultos hospitalizados en el Área de cirugía del hospital regional Isidro Ayora de Loja en el periodo julio-diciembre 2015 [Tesis de grado]. [Loja - Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2016.

10. Castillo Gonzalez SA. Relacion de la automedicacion y el estadio estado anatomico-patologico en la evolucion de la apendicitis aguda [Tesis de grado]. [Trujillo - Peru]: Universidad Nacional de Trujillo; 2014.
11. Asad S, Ahmed A, Ahmad S, Ali S, Ahmed S, Ghaffar S, et al. Causes of Delayed Presentation of acute Appendicitis and its impact on morbidity and mortality. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2015 Jul-Sep;27(3):620-623
12. Khan J, Ali A, Sarwar B. Causes of Delayed Presentation of Acute Appendicitis and How it Affects Morbidity and Mortality. 2018; 5(1):25-29.
13. Rasool AG, Obaid M, Akhter MA, Shehbaz L, Nasir S, Ali Z. To determine the factors that affect the delay in diagnosis of acute appendicitis, affecting the morbidity and mortality of patients, at a tertiary care center in Karachi, Pakistan. Pak J Surg. 2016; 32(4):213-217.
14. Rosenbloom JM, Senthil K, Long AS, Robinson WR, Peeples KN, Fiadjoe JE, et al. A limited evaluation of the association of race and anesthetic medication administration: A single-center experience with appendectomies. Cravero J, editor. Pediatric Anesthesia. noviembre de 2017; 27(11):1142-1147.
15. Sallinen V, Akl EA, You JJ, Agarwal A, Shoucair S, Vandvik PO, et al. Meta-analysis of antibiotics versus appendectomy for non-perforated acute appendicitis. British Journal of Surgery. 2016; 103(6):656-67.
16. Silber JH, Rosenbaum PR, Ross RN, et al. Racial disparities in operative procedure time: the influence of obesity. Anesthesiology. 2013; 119:43-51.
17. Paajanen H, Grönroos JM, Rautio T, Nordström P, Aarnio M, Rantanen T, et al. A prospective randomized controlled multicenter

trial comparing antibiotic therapy with appendectomy in the treatment of uncomplicated acute appendicitis (APPAC trial) BMC Surgery 2013; 13(1):13-15.

18. Hansson LE, Laurell H, Gunnarsson U. Impact of time in the development of acute appendicitis. Dig Surg 2008; 25(5):394–399.
19. Saber A, Gad MA, Ellabban GM. Patient Safety in Delayed Diagnosis of Acute Appendicitis. Surg Sci 2011; 2(1):318–321.
20. Liu K, Fogg L. Use of antibiotics alone for treatment of uncomplicated acute appendicitis: a systematic review and metaanalysis. Surgery 2011;150(4):673–683.

## **ANEXOS**

## ANEXO 0 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**ALUMNO:** Matos Rodríguez, Miluska Stefany

**ASESOR:** Dr. Bryson Malca , Walter

**LOCAL:** San Borja

**TEMA:** Automedicación asociado al retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco, en el periodo Enero-Diciembre, 2017

VARIABLE INDEPENDIENTE			
VARIABLE INDICADORES	Nro. ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
<b>AUTOMEDICACIÓN</b>	Sí, no	Cualitativo-Nominal	Ficha de recolección de datos
<b>EDAD</b>	Valor numérico	De razón-Continuo	Ficha de recolección de datos
<b>GÉNERO</b>	Masculino, femenino	Cualitativo-Nominal	Ficha de recolección de datos
<b>FAMILIA MEDICAMENTOSA</b>	Analgésico, antibiótico, antiinflamatorio	Cualitativo-Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE DEPENDIENTE			
VARIABLE INDICADORES	Nro. ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA	Valor numérico	De razón-	Ficha de recolección de datos

DR. WALTER BRYSON MALCA  
 Médico Asistente de la Unidad  
 de Trauma-Intensiva  
 C.O.P. N° 11486 - R.N.E. N° 7000


Dr. Bryson Malca, Walter  
 Asesor Metodológico

SARA GISELA AQUINO DOLORIER  
 Lic. en Estadística  
 COESRE N° 02

Mg. Aquino Dolorier Sara  
 Estadístico



## ANEXO 02: INSTRUMENTO

	<p><b>UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA</b></p> <p>FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA</p>
---	--

**Título:** Automedicación asociado al retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de Pisco, en el periodo Enero-Diciembre, 2017.

**Autor:** Matos Rodríguez, Miluska Stefany

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### DATOS GENERALES

Nº DE FICHA: \_\_\_\_\_ Nº HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

**I. AUTOMEDICACIÓN:** SI  NO

1. EDAD: \_\_\_\_\_

2. GÉNERO:

a. MASCULINO ( )

b. FEMENINO ( )

3. FAMILIA MEDICAMENTOSA

a. ANALGÉSICO ( )

b. ANTIBIÓTICO ( )

c. ANTIINFLAMATORIO ( )

d. NINGUNO ( )

#### **II. RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS:**

4. TIEMPO DE ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_

5. TIEMPO EN SALA DE OPERACIONES: \_\_\_\_\_

6. TIEMPO DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO: \_\_\_\_\_

7. ESTADIO PATOLÓGICO:

a. CATARRAL ( )

b. FLEMONOSA ( )

c. GANGRENOSA ( )

d. PERFORADA ( )

## ANEXO 03: VALIDEZ DE INSTRUMENTO

### Informe de Opinión de Experto

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: Dr. Bryson Malca Walter  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Medico Intensivista -Hospital Hipólito Unanue  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos  
 1.5 Autor (a) del instrumento: Matos Rodríguez. Miluska

#### I.- DATOS GENERALES:

#### II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		0 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre automedicación asociado al retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda complicada					90
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre automedicación asociado al retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda complicada					90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación relacional.					90

#### III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

*Aplicable* ..... (Comentario del experto respecto a la aplicación del instrumento).

#### IV.- PROMEDIO DE VALORACION

90

Lugar y Fecha: Lima, \_\_\_ Septiembre de 2018

  
 Firma del Experto Informante  
 D.N.I. N° *08077140*  
 Teléfono *999 047101*

## Informe de Opinión de Experto

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: Dr. Peinado Ramos Freddy  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Cirujano General- Hospital San Juan de Dios  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos  
 1.5 Autor (a) del instrumento: Matos Rodríguez. Miluska

### I.- DATOS GENERALES:

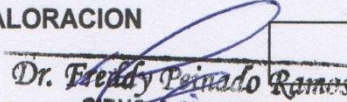
### II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 - 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				75%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre automedicación asociado al retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda complicada				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre automedicación asociado al retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda complicada					82%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					81%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación relacional.				78%	

### III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

*Aplicable* ..... (Comentario del experto respecto a la aplicación del instrumento).

### IV.- PROMEDIO DE VALORACION

  
**Dr. Freddy Peinado Ramos**  
 CIRUGÍA GENERAL  
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO  
 CMP 43690 RNE 30185

79.5  
 Lugar y Fecha: Lima, 31 Agosto de 2018

Firma del Experto Informante  
 D.N.I N° 22.300570  
 Teléfono 956810047

## Informe de Opinión de Experto

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: Mg. Aquino Dolorier Salas  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Estadístico- Universidad San Juan Bautista  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos  
 1.5 Autor (a) del instrumento: Matos Rodríguez. Miluska

### I.- DATOS GENERALES:

### II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 - 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre automedicación asociado al retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda complicada					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre automedicación asociado al retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda complicada					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación relacional.					90%

### III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

.....Es APLICABLE.....( Comentario del experto respecto a la aplicación del instrumento).

### IV.- PROMEDIO DE VALORACION

90%

~~SARA GISELA AQUINO DOLORIER~~ Fecha: Lima, 15 Septiembre de 2018

Lic en Estadística

~~COESPE N° 02~~

Firma del Experto Informante

D.N.I N° 07498001

Teléfono 993083992

## ANEXO 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**ALUMNO:** Matos Rodríguez, Miluska Stefany

**ASESOR:** Dr. Bryson Malca , Walter

**LOCAL:** San Borja

**TEMA:** Automedicación asociado al retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco, en el periodo Enero-Diciembre, 2017.

50

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b>  <b>PG:</b> ¿Cuál es la relación que existe entre la automedicación y el retraso del diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017?</p>	<p><b>General:</b>  <b>OG:</b> Determinar si existe relación entre la automedicación y el retraso del diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero-Diciembre 2017.</p>	<p><b>General:</b>            HG: Existe relación entre la automedicación y el retraso del diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.</p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b>            Automedicación            Familia Medicamentosa</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>            Retraso en diagnóstico de apendicitis aguda</p>

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>Específicos:</b>  <b>PE 1:</b> ¿Cuál es el estadio patológico de apendicitis aguda de los pacientes con diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- diciembre 2017?</p> <p><b>PE 2:</b> ¿Cuál es la relación que existe entre el grupo etario y la automedicación de los pacientes con diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero-Diciembre 2017?</p>	<p><b>Específicos:</b>  <b>OE 1:</b> Reconocer el estadio patológico de apendicitis aguda de los pacientes con diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- diciembre 2017.</p> <p><b>OE 2:</b> Determinar si existe relación entre el grupo etario y la automedicación de los pacientes con diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.</p>	<p><b>Específicas:</b>  <b>HE 1:</b> Existe relación entre el grupo etario y la automedicación de los pacientes con diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero-Diciembre 2017.</p> <p><b>HE 2:</b> Existe relación entre el género y la automedicación de los pacientes con diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero-Diciembre 2017</p>	

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>PE 3:</b> ¿Cuál es la relación que existe entre el género y la automedicación de los pacientes con diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017?</p> <p><b>PE 4:</b> ¿Cuáles son los fármacos más utilizados de los pacientes con diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017?</p>	<p><b>OE 3:</b> Determinar si existe relación entre el género y la automedicación de los pacientes con diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017</p> <p><b>OE 4:</b> Identificar el fármaco más utilizado de los pacientes con diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.</p>		

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>PE 5:</b> ¿Cuál es el tiempo de espera y el diagnóstico de los pacientes con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero-Diciembre 2017?</p> <p><b>PE 6:</b> ¿Cuál el tiempo de espera en sala de operaciones de los pacientes con diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- diciembre 2017?</p>	<p><b>OE 5:</b> Identificar el tiempo de espera y el diagnóstico de los pacientes con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- Diciembre 2017.</p> <p><b>OE 6:</b> Analizar el tiempo de espera en sala de operaciones de los pacientes con diagnóstico de la apendicitis aguda en el servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero- diciembre 2017</p>		



DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>-Nivel :</b> Relacional</p> <p><b>-Tipo de Investigación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Observacional</li> <li>-Analítico</li> <li>-Transversal</li> <li>-Retrospectivo</li> </ul>	<p><b>Población:</b> N = 235 pacientes que se diagnosticaron con apendicitis aguda.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>La muestra estuvo conformada por 147 pacientes.</p> <p><b>Criterios de inclusión:</b></p> <p>Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda</p> <p><b>Criterios de exclusión:</b></p> <p>Pacientes con otro diagnóstico intraoperatorio</p> <p><b>n:</b> 147 es el número de pacientes a los que se incluirá en el estudio.</p>	<p><b>Técnica:</b> SPSS 25.0 el cual se utilizó para el procesamiento de datos</p> <p><b>Instrumentos:</b> Ficha de recolección de datos</p>