

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**TIEMPO DE ENFERMEDAD Y AUTOMEDICACIÓN COMO FACTORES
DE RIESGO PARA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN EL
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

MEZA SACO DANIELA DEL CARMEN

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA -PERÚ

2020

ASESOR

Dr. Francisco Vallenás Pedemonte

AGRADECIMIENTO

A la Universidad, por haberme albergado estos siete años.

A todos mis docentes, por haberme transmitido sus conocimientos.

A mi querida familia, en especial a mis Padres y hermanos, por su apoyo desmedido a lo largo de toda mi vida.

A mis amigos, por darme su amistad, cariño y apoyo incondicional.

DEDICATORIA

A Dios por todas sus bendiciones y lecciones, a mis padres Olga y Daniel que son mi fuerza y mi refugio, a mis hermanos por todos sus consejos y apoyo incondicional y amigos por estar siempre cuando los necesito.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si el tiempo de enfermedad y la automedicación son factores de riesgo para apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019. **Materiales y métodos:** Estudio analítico, cuantitativo, de casos y controles, observacional, transversal y retrospectivo, realizado en una población conformada por 132 pacientes diagnosticados con apendicitis aguda. Se aplicó una ficha de recolección de datos, que luego fue trasladada a una tabla de Excel y analizadas respectivamente en el programa estadístico SPSS 25. **Resultados:** Los pacientes que presentaron un tiempo de enfermedad mayor a 72 horas, presentaron 2,82 (IC 95% 1,12- 7,06) veces más riesgo de desarrollar una apendicitis aguda complicada. En referencia a la automedicación, aquellos pacientes que optaron por hacerlo, presentaron 2,91 (IC 95% 1,25-6,79) veces mas riesgo de desarrollar apendicitis aguda complicada respectivamente. Así mismo se evidenció la prevalencia según la edad de los pacientes que presentaron dicha patología quirúrgica, obteniéndose dentro de las edades más relevantes, a la población que se encontraba en el rango de 20 a 29 años, representado por un 26,9%. Obtuvimos la prevalencia según el género, dejando en evidencia que el 82,1% de la población es conformada por el sexo masculino. **Conclusiones:** Se determinó que el tiempo de enfermedad y la automedicación si son factores de riesgos que van a predisponer el desarrollo de una apendicitis aguda complicada. Así mismo se logró evidenciar a los fármacos más relevantes de elección por los pacientes, obteniéndose a los antiespasmódicos, seguido de los antibióticos y antiinflamatorios.

Palabras clave: Apendicitis aguda complicada, automedicación, tiempo de enfermedad.

ABSTRACT

Objective: To determine whether illness time and self-medication are risk factors for complicated acute appendicitis at the José Casimiro Ulloa Emergency Hospital, 2019.

Materials and methods: Analytical, quantitative, case-control study, observational, cross-sectional and retrospective, performed in a population made up of 132 patients diagnosed with acute appendicitis. A data collection sheet was applied, which was then transferred to an Excel table and analyzed respectively in the SPSS 25 statistical program. **Results:** Patients who had a disease time greater than 72 hours, presented 2,82 (CI 95 % 1,12-7,06) times more risk of developing a complicated acute appendicitis. In reference to self-medication, those patients who chose to do so presented 2,91 (95% CI 1.25-6.79) times more risk of developing complicated acute appendicitis respectively. Likewise, the prevalence was evidenced according to the age of the patients who presented said surgical pathology, obtaining within the most relevant ages, the population that was in the range of 20 to 29 years, represented by 26,9%. We obtained the prevalence according to gender, leaving in evidence that 82,1% of the population, conformed by the male sex, presented a complicated acute appendicitis. **Conclusions:** It was determined that disease time and self-medication are risk factors that will predispose the development of complicated acute appendicitis. It was also possible to show the most relevant drugs of choice by patients, obtaining antispasmodics, followed by antibiotics and anti-inflammatories.

Keywords: Complicated acute appendicitis, self-medication, disease time.

INTRODUCCIÓN

En la investigación "Tiempo de enfermedad y automedicación como factores de riesgo para apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019", se abordó ciertos aspectos sobre la significancia que adquiere el conocimiento de los factores que más se asocian con el desarrollo de la apendicitis aguda complicada.

En lo que concierne a esta investigación, en el capítulo I, se describe el problema de la investigación, señalando evidencias objetivas que van a demostrar su validez. Posterior a esto se plantea el problema de esta investigación, definiéndose de manera general y específica. Los objetivos formulados indican el propósito de esta investigación en lo que se refiere al conocimiento del tiempo de enfermedad y la automedicación como factores de riesgo que se van a asociar al desarrollo de apendicitis aguda complicada.

El capítulo II está conformado por los artículos u estudios que se han realizado en años anteriores, que van a estar vinculados a la teorización de la presente investigación, sustentándolo y avalando nuestra base. Inicialmente se van a presentar los antecedentes que van a preceder al trabajo, de forma concreta y objetiva, para la construcción del marco teórico que guarda relación con las variables de investigación y a su vez se establece la definición de términos básicos dentro de este estudio. Concluyendo este capítulo con la construcción de hipótesis que más adelante han sido desarrolladas.

En el capítulo III se procedió a esquematizar el diseño metodológico para el correcto procesamiento de datos obtenidos, se explica el tipo y diseño de investigación, haciendo hincapié en las técnicas e instrumento de investigación, la población y muestra, análisis documental y el diseño estadístico.

En el capítulo IV, se van a mostrar los resultados de la presente investigación a través del análisis e interpretación de los datos que han sido procesados estadísticamente.

La culminación de esta investigación se da con el planteamiento y formulación de conclusiones y recomendaciones que sean útiles, con el fin de mejorar los abordajes, la evaluación clínica y física del paciente, así como la determinación del diagnóstico y el tratamiento oportuno, disminuyendo de esta manera la morbilidad y mortalidad por una apendicitis aguda complicada.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE	ix
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE ANEXOS	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 GENERAL	2
1.2.2 ESPECÍFICOS	2
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	3
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6 OBJETIVOS.....	4
1.6.1 GENERAL	4
1.6.2 ESPECÍFICOS	4
1.7 PROPÓSITO.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2 BASE TEÓRICA	14
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	25

2.4	HIPÓTESIS.....	26
2.4.1	GENERAL	26
2.4.2	ESPECIFICAS.....	26
2.5	VARIABLES.....	27
2.6	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		29
3.1	DISEÑO METODOLÓGICO	29
3.1.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.1.2	NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	29
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32
3.4	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
3.5	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	33
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		34
4.1	RESULTADOS.....	34
4.2	DISCUSIÓN.....	45
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		48
5.1	CONCLUSIONES	48
5.2	RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA		50
ANEXOS		55

LISTA DE TABLAS

TABLA 01: TIEMPO DE ENFERMEDAD Y AUTOMEDICACIÓN COMO FACTORES DE RIESGO PARA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.....	34
TABLA 02: VARIABLES ASOCIADAS A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.	35
TABLA 03: ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.....	37
TABLA 04: EDAD DE LOS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.	38
TABLA 05: PREVALENCIA SEGÚN EDAD DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA DE 15 A 70 AÑOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.	39
TABLA 06: ESTADIO ANATOMO- PATOLÓGICO VS AUTOMEDICACIÓN....	40
TABLA 07: ESTADIO ANATOMO- PATOLÓGICO VS TIEMPO DE ENFERMEDAD.....	41
TABLA 08: PREVALENCIA SEGÚN GÉNERO DE PACIENTES QUE PRESENTARON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN EL HOSPITAL DE	

EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.....	42
TABLA 09: PREVALENCIA SEGÚN TIPO DE MEDICACIÓN DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA DE 15 A 70 AÑOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.....	43
TABLA 10: PREVALENCIA DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN PACIENTES DE 15 A 70 AÑOS SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD EXTRA HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.....	44

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 01: OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	56
ANEXO 02: INSTRUMENTO.....	57
ANEXO 03: VALIDEZ DE INSTRUMENTO- CONSULTA DE EXPERTOS.....	59
ANEXO 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	65

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La apendicitis es una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico, representando un 10% de la población mundial, motivo por el cual su diagnóstico debe ser considerado ante cualquier dolor abdominal que pueda presentar o no signos sugestivos de dicha patología. Es necesario recordar que hace aproximadamente cincuenta años de cada 100, 000 personas, 15 fallecieron a causa de una apendicitis aguda.¹

El 2012, Ecuador mostró que el 9,4% de la apendicitis aguda progresó a apendicitis aguda perforada.⁸ Así mismo, en el 2012 en Santiago de Cuba – Cuba, se evidenció progresión en el 13% de la población; en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2008, Chile se obtuvo el 36,17%. En Perú, en el 2011 la apendicitis se colocó en el segundo lugar dentro de las 40 principales causas de morbilidad, requiriendo hospitalización. Por lo tanto, la apendicitis aguda va a ser considerado como un importante exponente dentro de la salud pública, llegando a 30,000 casos por año. La apendicitis complicada es la primera causa de morbilidad extremadamente elevada en todo el mundo y a nivel nacional. Tiene una prevalencia en el adulto entre 13% y 37%.³ Si bien es cierto el diagnóstico de esta patología es esencialmente clínico, existe población en la cual el examen clínico no es certero, debido a que su presentación no es específica. Esto puede suceder en niños, adultos mayores y personas a quienes se les administró medicinas ya sea por prescripción médica o por propia voluntad.²

Haciendo hincapié en este último concepto, la automedicación, viene siendo una problemática a nivel mundial, debido a que, en los últimos años, se ha permitido el uso desmesurado de estos mismos, causando efectos no deseados en la salud.

Hoy en día obtener analgésicos, antibióticos o antiespasmódicos, no representa mayor complejidad; motivo por el cual, la presentación de los cuadros clínicos suele ser en muchos casos atípicos e inespecíficos, enmascarando la patología de fondo, retrasando el diagnóstico y tratamiento adecuado, generando mayor riesgo en el desarrollo de complicaciones con la evolución en el tiempo.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 General

¿Cuál es la asociación entre el tiempo de enfermedad y la automedicación como factores de riesgo para apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019?

1.2.2 Específicos

¿Es el tiempo de enfermedad un factor de riesgo para Apendicitis aguda complicada, en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019?

¿Es la automedicación un factor de riesgo para Apendicitis aguda complicada, en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019?

¿Se encuentra asociación entre el género y el desarrollo de apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019?

¿Se encuentra asociación entre el estadio anatómico- patológico y la automedicación en pacientes con apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019?

1.3 Justificación

Justificación Teórica: Se reportó que el tiempo de enfermedad no determinado y la automedicación son factores de riesgo que van a complicar una apendicitis aguda, permitiéndonos dejar antecedentes y sustento válido para tener un abordaje oportuno.

Justificación Práctica: En nuestra práctica médica la valoración de los riesgos y el grado de repercusión de cada uno de los factores que van a condicionar una enfermedad es de suma importancia, para poder realizar estrategias o prácticas estandarizadas, con el fin de evitar mayor complejidad como lo es la apendicitis aguda complicada.

Justificación Metodológica: Nuestro estudio nos proporcionó datos relevantes que van a ser utilizados como base, sustento o antecedentes para futuros estudios; además de presentarse recomendaciones específicas ante la valoración de cada factor de riesgo propuesto.

Justificación Económico- social: El haber identificado estos factores como riesgo nos permitirá disminuir la incidencia de apendicitis aguda complicada y, por tanto, disminuir la gravedad del cuadro, disminuyendo estancia hospitalaria, complicaciones en sitio operatorio, entre otros; que en términos económicos representará una mejora en gastos para la institución.

1.4 Delimitación del área de estudio

Delimitación espacial: Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (Miraflores, Lima, Perú).

Delimitación temporal: Enero a diciembre del 2019.

Delimitación social: Pacientes que se automedicaron en un tiempo de enfermedad no determinado y retrasaron el diagnóstico de Apendicitis aguda, desencadenando complicaciones.

Delimitación conceptual: Este estudio abordó la Apendicitis aguda complicada y sus factores de riesgo como el tiempo de enfermedad y la automedicación.

1.5 Limitaciones de la investigación

El estudio evidenció historias clínicas incompletas, impidiendo la recolección de datos adecuados, así como la negativa por parte de los pacientes para brindar información solicitada.

1.6 Objetivos

1.6.1 General

Determinar si el tiempo de enfermedad y la automedicación son factores de riesgo para apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019.

1.6.2 Específicos

Determinar si el tiempo de enfermedad es un factor de riesgo para Apendicitis aguda complicada, en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019.

Establecer si la automedicación es un factor de riesgo para Apendicitis aguda complicada, en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019.

Determinar si existe asociación entre el género y el desarrollo de apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019.

Establecer si existe asociación entre el estadio anatómico- patológico y la automedicación en pacientes con apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019.

1.7 Propósito

Este estudio tuvo como propósito determinar que el tiempo de enfermedad y la automedicación son factores de riesgo importantes e imperantes para la apendicitis aguda complicada; permitiendo de este modo dejar datos relevantes para la formulación y realización de estrategias o medidas que eviten cambiar la historia natural de la enfermedad y de este modo, evitar la incidencia y prevalencia de complicaciones que puedan condicionar la vida. Además de contribuir con material útil para el desarrollo de nuevas investigaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes bibliográficos

Antecedentes internacionales

ABDELKARIM H OMARI ET AL, EN EL 2014, EN EL ARTÍCULO: "ACUTE APPENDICITIS IN THE ELDERLY: RISK FACTORS FOR PERFORATION".⁴

En este estudio se revisaron retrospectivamente los registros médicos de 214 personas adultas en un promedio de 60 años, que se encontraban cursando con apendicitis aguda confirmado patológicamente en un tiempo de 10 años. Se realizó un cotejo de los dos grupos respecto a la presentación del cuadro clínico, el tiempo no determinado de la enfermedad hasta la cirugía, el tiempo hospitalario y las complicaciones posteriores a la cirugía. Se encontró el apéndice perforado en 87 pacientes que representaban el 41%, de los cuales 46 eran hombres representando el 53% y 41 eran mujeres, representando 47%. De todos los factores de riesgo estudiados, el tiempo de enfermedad no determinado fue el factor mas relevante para la perforación. Esta no se encontraba condicionada ante la presencia de comorbilidades por parte del paciente y por el tiempo de demora en el hospital. Las complicaciones luego de realizar la operación solo se presentaron en 44 pacientes, representando 21%, presentándose mayormente en aquellos que terminaron con perforación. Concluyendo que la apendicitis aguda es una enfermedad grave que requiere diagnóstico y tratamiento temprano. La perforación apendicular es la complicación mas frecuente, aumentando la mortalidad y la morbilidad.

MOHAMMAD NADERAN ET AL, EN EL 2016, EN EL ARTÍCULO: "RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF COMPLICATED APPENDICITIS IN ADULTS".⁵

En este estudio se reclutaron 200 personas que cursaron con apendicitis aguda complicada (abscesos, flemón y peritonitis generalizada), de este mismo modo

doscientos pacientes con apendicitis aguda no complicada fueron seleccionados al azar del mismo período. Estos dos grupos se compararon en términos de características demográficas, antecedentes médicos y síntomas de presentación. Hicieron un modelo de análisis multivariado usando regresión logística binaria y eliminación gradual hacia atrás. Según el análisis multivariado que se realizó, los factores de riesgo para la apendicitis complicada incluyeron presentar dolor epigástrico (OR = 3,44), diarrea (OR = 23,4) o malestar (OR = 49,7), antecedentes de dolor en los últimos 6 meses (OR = 4,93), edad avanzada (OR = 1,04), estar casado (OR = 2,52), falta de anorexia (OR = 4,63) e intervalo más largo desde la presentación de la sintomatología hasta el acceso a la institución (OR = 1,46). Por el contrario, la educación superior (académica) se asoció con una disminución de las probabilidades de apendicitis complicada (OR = 0,26). Concluyendo que la evaluación clínica de un cirujano es más confiable para emitir un juicio. La "evaluación de cabecera" es un método útil, económico, rápido y fácilmente disponible para valorar el desarrollo de apendicitis aguda complicada.

FREDERICK THURSTON DRAKE ET AL, EN EL 2014, EN EL ARTÍCULO: "TIME TO APPENDECTOMY AND RISK OF PERFORATION IN ACUTE APPENDICITIS".⁶

En este estudio se utilizaron datos del Programa de Evaluación de Resultados y Atención de la Cirugía del Estado de Washington (SCOAP), evaluando la forma de presentación de las perforaciones en las personas de (18 años) a los que se les realizó una apendicetomía desde el 1 de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2011. Recibieron tratamiento en 52 instituciones sanitarias distintas, incluidos hospitales y pequeños centros de salud. El factor de mayor importancia fue el tiempo que transcurrió desde el inicio de las manifestaciones clínicas, hasta que ingresaron a sala de operaciones para el tratamiento quirúrgico. La relación entre el tiempo en el hospital y la perforación se ajustó para posibles factores de confusión mediante regresión logística multivariada. Los otros factores que se adicionaron fueron las comorbilidades que presentaba el paciente, la raza, el género y las características

hospitalarias, como el tipo de comunidad y el volumen de apendicetomía. Un total, de 9048 adultos bajo dependencia independiente presento en un 15,8% perforación. El tiempo no determinado que transcurrió desde la manifestación de cuadro clínico hasta el ingreso al quirófano fue estimado en un promedio de 8.6 horas, tanto para pacientes con apendicitis perforada, como los que no la presentaron. Este tiempo no determinado no fue un indicador para la presentación de la complicación. Sin embargo, los indicadores que si guardaron relación fueron, que sea hombre, que presente comorbilidades en este caso de 3 a mas y que no cuente con un servicio de salud. Concluyendo de este modo, que la apendicitis aguda complicada (con perforación) y el tiempo de enfermedad no determinado hasta la apendicetomía, no guarda relación. La perforación es mas frecuente en un evento prehospitalario y/ o no es un fenómeno estrictamente dependiente del tiempo.

VAN DIJK S. ET AL, EN EL 2018, EN EL ARTÍCULO: "META- ANALYSIS OF IN-HOSPITAL DELAY BEFORE SURGERY AS A RISK FACTOR FOR COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE APPENDICITIS".⁷

Se realizaron búsquedas en PubMed y EMBASE desde 1990 hasta 2016 para estudios que incluyan pacientes sometidos a apendicetomía por apendicitis aguda, informados en dos o más intervalos de tiempo predefinidos. La medida de resultado primaria fue la apendicitis complicada después de la intervención quirúrgica; Otros resultados fueron la infección en el sitio quirúrgico y morbilidad. Cuarenta y cinco artículos realizados con un promedio de 152314 personas fueron incluidos. Los odds ratios ajustados y agrupados nunca evidenciaron mayor riesgo cuando el tratamiento quirúrgico para la apendicitis se retraso durante 7-12 o 13-24 h (OR 1 OR07, 95 por ciento si 0.98 a 1.17, respectivamente). El metanálisis el cual no ajusto datos evidenció que la apendicitis aguda no presenta mayor riesgo ante el paso de 1 o 2 días. Concluyendo que retrasar la apendicetomía por una presunta apendicitis no

complicada hasta 48 horas posterior al inicio de los síntomas, no es un factor predisponente para posteriores complicaciones.

KATIE E ROLINS ET AL, EN EL 2016, EN EL ARTÍCULO: "ANTIBIOTICS VERSUS APPENDICECTOMY FOR THE TREATMENT OF UNCOMPLICATED ACUTE APPENDICITIS: AN UPDATED META- ANALYSIS OF RANDOMISED CONTROLLED TRIALS".⁸

En este metanálisis de ensayos controlados aleatorios incluyó pacientes adultos que presentaban apendicitis aguda no complicada tratada con antibióticos o apendicetomía. La medida de resultado primaria fueron las complicaciones. Los resultados secundarios incluyeron la eficacia del tratamiento, el tiempo hospitalario, el porcentaje de reingreso y la incidencia de apendicitis complicada. Se incluyeron cinco ensayos controlados aleatorios con un total de 1430 participantes (727 sometidos a tratamiento con antibióticos y 703 sometidos a apendicetomía). Hubo una reducción del riesgo del 39% en las tasas de complicaciones generales en los tratados con antibióticos en comparación con los que se sometieron a apendicetomía (RR 0,61; IC del 95%: 0,44 a 0,83, $p = 0,002$). No hubo diferencias significativas en la LOS hospitalaria (diferencia media 0.25 días, IC 95% -0,05 a 0,56, $p = 0.10$). En la cohorte de antibióticos, 123 de 587 pacientes inicialmente tratados con éxito con antibióticos fueron readmitidos con síntomas sospechosos de apendicitis recurrente. La incidencia de apendicitis complicada no aumentó en los pacientes que se sometieron a una apendicetomía después de un tratamiento antibiótico "fallido" (10.8%) versus aquellos que se sometieron a una apendicetomía primaria (17.9%). Concluyendo que la evidencia respalda el tratamiento primario de la apendicitis aguda no complicada con antibióticos, en términos de complicaciones, pérdida hospitalaria y riesgo de apendicitis complicada. Los antibióticos deben prescribirse una vez que se hace o se considera un diagnóstico de apendicitis aguda.

ASAD S ET AL, EN EL 2015, EN EL ARTÍCULO: "CAUSES OF DELAYED PRESENTATION OF ACUTE APPENDICITIS AND ITS IMPACT ON MORBIDITY AND MORTALITY".¹¹

Este estudio transversal se llevó a cabo en la unidad quirúrgica "C", en el Hospital Docente de Ayub, Abbottabad, Pakistán, del 20 de junio de 2013 al 19 de junio de 2014. Un total de 130 pacientes presentaron apendicitis. La historia detallada, el examen físico y sistémico general, especialmente el examen abdominal, se realizó junto con las investigaciones. Se obtuvo que el 23,08% de la presentación de apendicitis complicada se debe a un diagnóstico omitido por los médicos, el 30,77% se debe a un diagnóstico omitido por no médicos, el 23,08% se debe al tratamiento conservador en los hospitales de DHQ por parte de los cirujanos, y el 23,08% se presentó tarde debido a automedicación en casa. Concluyendo que todos los que presentaran dolor en el cuadrante inferior derecho, debía de sospecharse de apendicitis y realizar una evaluación adecuada para excluirlo.

PODDA ET AL, EN EL 2017, EN EL ARTÍCULO: "ANTIBIOTICS FIRST STRATEGY FOR UNCOMPLICATED ACUTE APPENDICITIS IN ADULTS IS ASSOCIATED WITH INCREASED RATOS OF PERITONITIS AT SURGERY. A SYSTEMATIC REVIEW WITH THE META ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS COMPARING APPENDECTOMY AND NON OPERATIVE MANAGEMENT WITH ANTIBIOTICS".⁴¹

Este estudio evidenció que el diagnóstico de apendicitis aguda es más común en paciente jóvenes, con una prevalencia de aproximadamente el 7%. El objetivo de este metanálisis de ensayos controlados, era evaluar la evidencia actual sobre el tratamiento con antibióticos para pacientes con apendicitis aguda sin complicaciones en comparación con el tratamiento quirúrgico estándar. La búsqueda sistemática de literatura se realizó utilizando la base de datos de Pub Med, EMBASE, Medline, Google Scholar y Cochrane Central Register of Controlled Trials para ensayos controlados aleatorios que comparaban la terapia con antibióticos y la apendicetomía

como terapia quirúrgica para el manejo de la apendicitis aguda. Eficacia de tratamiento basada en un seguimiento de 1 año, recurrencia al seguimiento de un año, apendicitis aguda complicada con peritonitis identificada en el momento de la intervención quirúrgica y complicaciones posteriores a la intervención. Dentro de los resultados secundarios que se obtuvieron fueron la duración de la estancia hospitalaria y el período de baja por enfermedad. Concluyendo con una eficacia significativamente mayor y bajas tasas de complicaciones, la apendicetomía sigue siendo el tratamiento más efectivo para pacientes con AA sin complicaciones. Los subgrupos de pacientes con AA sin complicaciones donde los antibióticos pueden ser más efectivos deben identificarse con precisión.

ANGAMARCA EA. EN EL 2016, EN LA TESIS DE GRADO: "FACTORES ASOCIADOS A LA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN LOS ADULTOS HOSPITALIZADOS EN EL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA EN EL PERIODO JULIO- DICIEMBRE 2015".¹⁰

Estudio realizado con el objetivo de determinar los factores que van a retrasar el diagnóstico y tratamiento oportuno ante una apendicitis aguda, considerando el tiempo de evolución de la sintomatología antes de acudir a un centro de salud, la automedicación y sus posibles complicaciones. Demostrando que el tiempo que transcurrió entre el inicio de la sintomatología y el ingreso al centro de salud fue de 25- 72h, representando el 40,9% y el tiempo que transcurrió entre el ingreso al centro de salud y el tratamiento quirúrgico oportuno entre las 3-4h representando un porcentaje total de 33,33%. El 62,12% lo conformo la automedicación, obteniéndose el plastrón apendicular como la complicación de mayor incidencia, representando el 36,36% y obteniendo con un 31,81% a la perforación apendicular.

RASOOL ET AL, EN EL 2016, EN EL ARTÍCULO: "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, PAKISTAN⁴⁰

Este estudio tuvo como objetivo determinar los factores que van a ocasionar el retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda, con el propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad de esta patología. Es un estudio transversal, realizado durante el periodo de un año que abarca desde mayor del 2014 hasta mayo del 2015 en un centro de atención terciaria en Pakistán. La población total estudiada, estuvo conformada por 150 pacientes, los cuales fueron seleccionados mediante criterios de inclusión, siendo uno de estos, ser mayores de 16 años y haberse acercado para atención habiendo pasado de dos a más días, desde el inicio de la sintomatología; el criterio de exclusión que se utilizó fue pacientes menores de 16 años que presentaran signos y síntomas de apendicitis aguda y acudieron para recibir atención antes de los dos días. Para la realización de este estudio, se tomo en cuenta, la edad, el sexo, dirección, razón de demora, diagnóstico realizado por el médico, entre otros. Se obtuvo que de la población estudiada, la edad promedio se encontraba dentro de los 35 ± 12 años, de los cuales 92 (61,33%) eran hombres y 58 (38,66%) eran mujeres. El 28% de los pacientes fueron diagnosticados erróneamente por los médicos al momento del ingreso por emergencia. A su vez se evidenció que 32 pacientes, es decir, el 21,33% opto por automedicarse y permanecer en su domicilio, no buscando la atención inmediata. La razón más común de la demora fue por la falta de recursos financieros, representando el 43,33% de la población. Se concluye que para el correcto manejo de una apendicitis aguda es imperativo que se realice un diagnóstico precoz y una intervención quirúrgica inmediata, disminuyendo significativamente las complicaciones y de este modo se estaría disminuyendo la morbilidad y la mortalidad en estos pacientes.

Antecedentes nacionales

CRUZ L, EN EL 2018, EN LA TESIS DE GRADO: "TIEMPO DE ENFERMEDAD Y PREMEDICACIÓN COMO RIESGO PARA APENDICITIS PERFORADA EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO- SEPTIEMBRE 2017".⁹

Estudio realizado que tuvo como objetivo determinar si el tiempo de enfermedad no especificado y la premedicación son factores que van a predisponer una apendicitis perforada. En este estudio se utilizó una población conformada por 234 pacientes, de los cuales 78 individuos cursaban con el diagnóstico de apendicitis perforada siendo así, este el grupo de los casos. El grupo control estuvo conformado por 156 pacientes que cursaron con el diagnóstico de apendicitis no complicada (perforada). Obteniéndose que con un tiempo de enfermedad de 72h o mas existe el riesgo de presentar una apendicitis aguda complicada, representado en un 61,5%. A su vez el 69,2% con un tiempo de enfermedad extrahospitalaria mayor a 24h presentaron una apendicitis aguda complicada. Asimismo, se obtuvo que el 56,4% de las personas que presentaron un tiempo de enfermedad intrahospitalaria mayor a 12hr presentaron apendicitis aguda complicada. En la premedicación se obtuvo que el 15,4% de los pacientes que recibieron medicamento previo, sea prescrito o por propia voluntad, presento apendicitis perforada. Concluyendo de esta manera que el tiempo de enfermedad sea intrahospitalario, extrahospitalario o el conjunto de estas y la premedicación sea por prescripción o por decisión propia, son factores que van a predisponer la perforación del apéndice.

DURAND A, EN EL 2016, EN LA TESIS DE GRADO: "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".²⁵

Estudio realizado con el objetivo de identificar si existe relación entre la demora de la aplicación de la apendicectomía ante una apendicitis aguda y los posibles problemas que puedan desencadenarse. En este estudio se seleccionaron a 99 personas, de las cuales el 54,5% presento un tiempo de enfermedad de aproximadamente 29h,

demostrando una relación significativa. El tiempo intra hospitalario post cirugía fue mayor en los pacientes con apendicitis aguda complicada, sin embargo no se pudo evidenciar una diferencia significativa. El tiempo de enfermedad, desde el inicio de los síntomas, hasta el tiempo intra y extra hospitalario determinó un tiempo estimado de 37 horas aproximadamente, demostrando así, una relación estadísticamente significativa con la aparición de apendicitis aguda complicada. Según este estudio es mucho más viable presentar una apéndice complicada y las posibles complicaciones post operatorias que esta pueda desencadenar, siendo 15 veces más probable. Concluyendo de este modo que si existe relación entre la demora de la aplicación de la apendicectomía ante una apendicitis aguda y los posibles problemas que ante la demora esta pueda desencadenar.

NUNEZ L, EN EL 2016, EN LA TESIS DE GRADO: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES OPERADOS EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL, EN EL PERIODO ENERO- JUNIO 2016".²⁵

Estudio realizado con el objetivo de determinar los factores que van a estar relacionados con la apendicitis aguda en post operados. Para este estudio se utilizó una población conformada por 179 personas, de los cuales 85 personas fueron seleccionados como los casos, presentando apendicitis aguda y 74 personas que fueron los controles, quienes no presentaron apendicitis aguda. Al realizarse el estudio se evidenció que los factores que estaban relacionados con la apendicitis aguda son la edad con un OR:0,34, el género con un OR: 2,2, la automedicación con un OR: 7,92, el tiempo de enfermedad no determinado que va desde el inicio de la sintomatología hasta el tratamiento quirúrgico con un OR: 15,16. Por lo que este estudio concluyó que si existe una relación entre la edad, el género, la automedicación y el tiempo de enfermedad no determinado.

2.2 Base teórica

Apéndice

El apéndice embriológicamente va a formar parte del ciego, es decir, se va a formar en la unión de las tres tenias cólicas. Va a observarse a partir de la octava semana del desarrollo como una protuberancia terminal del ciego, los primeros acúmulos de tejido linfático se van a desarrollar dentro de la semana catorce y quince de la gestación.¹⁹

Anatomía

A nivel histológico va a ser similar al ciego, debido a que va a presentar musculatura circular y longitudinal. En su capa submucosa se van a encontrar folículos de tipo linfático, aproximadamente 200, que en la mayoría se van a hallar entre los 10 a 30 años y que con el paso del tiempo van a ir descendiendo, hasta ausentarse por completo después de los 60 años.^{19,20} Esta se va a posicionar 2.5 centímetros debajo de la válvula ileocecal, con una medida que va a variar entre los 5-10cm y un grosor de 0.5 a 1cm.¹²

La posición del apéndice puede variar, aunque comúnmente lo encontremos a nivel retro cecal, pélvico, retroileal y subcecal, que a nivel de abdomen se va a localizar en el cuadrante inferior derecho o izquierdo, sin embargo, en algunos casos puede tomar cualquier posición tan igual como las manecillas del reloj, pero siempre teniendo como base el ciego.^{12,20}

El apéndice posee un mesenterio pequeño, que contiene a la arteria apendicular dentro de su borde libre. El resultado de esta condición anatómica es que la perfusión sanguínea en el caso de una inflamación no va a poder aumentarse, por lo que va a causar un daño isquémico. La posición anatómica de los vasos sanguíneos que va a

estar localizado en la pared apendicular va a ser un factor predisponente de apendicitis.^{19,20}

Apendicitis Aguda

El diagnóstico de apendicitis aguda como entidad quirúrgica fue realizado por primera vez por Fitz en 1886. Describió el curso de la inflamación aguda del apéndice y el desarrollo de peritonitis como complicación. También recomendó como tratamiento la apendicetomía. Años más tarde escribió la "Manifestación clínica de la Apendicitis aguda" y propuso la localización de la incisión en la piel en el abdomen inferior derecho para el abordaje quirúrgico.^{21,22}

Por lo tanto, se va a considerar a la inflamación del apéndice de manera aguda, siendo esta la primera causa de urgencia ante un abdomen agudo, sin embargo, por la variación y la especificidad muchas veces de la presentación del cuadro clínico, se logra enmascarar o cambiar el curso de la historia natural, retrasando el diagnóstico y tratamiento oportuno, desencadenando complicaciones intra y post operatorias, poniendo en riesgo muchas veces la vida del paciente.²² El apéndice en condiciones normales se halla en el 20% de las mujeres y 10% de los varones que son llevado al tratamiento quirúrgico por esta enfermedad; la perforación del apéndice se va a presentar en un 22%, sin discriminar los grupos etarios.^{21,22} La incidencia se va a presentar en 11 de cada 10 mil personas al año siendo mas frecuente entre los 10 y 20 años, con una frecuencia de 23 por cada 10 mil personas anualmente.^{19,20}

Fisiopatológicamente esta inflamación del apéndice va a ser originada por la oclusión de la luz apendicular, ya sea ocasionado por fecalitos, siendo esta causa la de mayor incidencia, pero también van a existir otro tipo de causas, como la presencia de cuerpos extraños, restos alimentarios, por parásitos; que no son tan frecuentes. Al verse ocluida la luz intraluminal, esta va a comenzar a aumentar por la acumulación

de moco que no ha sido drenado, junto con la proliferación bacteriana, lo que va a producir distensión de la pared apendicular y ulceración de la mucosa y de no ser tratada oportunamente esta invasión bacteriana, llevaría a una necrosis isquémica, seguida de la perforación de la pared apendicular, con la aparición de un plastrón apendicular, o una peritonitis, de acuerdo a la evolución que cada ser humano pueda tener.^{14,13}

Clasificación anatómo- patológica

Apendicitis catarral

Al momento de la oclusión de la luz del apéndice, se va acumular secreción mucosa, ocasionando la distensión aguda de la luz; el aumento de la tensión intraluminal va a ser el responsable de la obstrucción de la vena, dando lugar al aumento de bacterias y la reacción del tejido linfático, produciendo un exudado plasmoleucocitario denso que se va a encargar de infiltrar a las zonas más superficiales y que en términos macroscópicos se va a traducir en la presencia de edema y congestión de la serosa, es debido a este proceso, que la apendicitis va adoptar este nombre.¹⁵

Apendicitis flemonosa o supurada

La mucosa va a comenzar a presentar pequeñas úlceras y en mucho de los casos va a ser destruida por completo, motivo por el que la invasión de las bacterias va a ser mucho más accesible, llenándose de un exudado mucopurulento en el lumen y siendo infiltrada a su vez por neutrófilos, leucocitos y eosinófilos en cada una de las capas, incluyendo la de la serosa, haciendo que esta se torne muy congestiva, edematizada, de color rojiza y con presencia de un exudado fibrinoso purulento en el área superficial; aquí aún no hay perforación de la pared del apéndice, pero si va a darse una difusión del contenido mucopurulento del lumen hacia la cavidad.¹⁵

Apendicitis gangrenosa o necrótica

Cuando el cuadro anterior es demasiado intenso, la congestión y la distensión orgánica va a generar que el tejido llegue a quedarse sin oxígeno, sin mencionar que la presencia de bacterias para esta instancia se habra multiplicado, originando un aumento de la flora anaerobia, llevandolo a una necrobiosis. La superficie apendicular va a presentar una coloración verde grisáceo, púrpura o incluso rojo oscuro, con presencia de perforaciones microscópicas, generando que el líquido del peritoneo aumente y que tienda a ser ligeramente purulento con un olor fecaloide.¹⁵

Apendicitis perforada

Si bien en el anterior estadio se evidenció micro perforaciones, en este estadio estas se irán haciendo más grandes, empezando principalmente por las micro perforaciones que se encuentran en el borde anti mesentérico y adyacente al fecalito; el líquido del peritoneo se torna purulento y presenta un olor fétido, y es en ese momento donde se va a encontrar la perforación apendicular.^{15, 26}

Esta secuencia nos va a llevar en todos los casos a una peritonitis, comprometiendo 2 o más cuadrantes, y si no fuera por la existencia del exudado de fibrina que se dio en un inicio, no habría adherencias protectoras del epiplón y de las asas intestinales que se van a encontrar alrededor y van a trabajar conjuntamente, causando un bloqueo de este proceso, desencadenando un plastrón apendicular; si el apéndice perforado tuviera un bloqueo adecuado, se cursaría con un absceso apendicular, el cual estaría localizado proximal al ciego, subcecal, retrocecal o pélvico, además de contener en su interior pus a tensión y fétido.^{15, 26}

Diagnóstico y manifestaciones clínicas

Hoy en día el diagnóstico de la apendicitis aguda va a ser esencialmente clínico, basándose en la evolución del dolor, la migración y los síntomas asociados, así como los hallazgos que se van a obtener durante el examen físico.²¹ Al inicio de la enfermedad, la presentación va a darse con dolor abdominal difuso, de tipo cólico y con localización peri umbilical o a nivel de epigastrio. Sin embargo, con el paso de las horas, ese dolor va a migrar localizándose en el cuadrante inferior derecho, que va a estar acompañado de náuseas, vómitos, hiporexia y en muchos de los pacientes puede presentarse con picos febriles. Se dice que los vómitos se van a presentar luego de la aparición del dolor y que van a ir reduciéndose.^{14,15}

La valoración clínica se va a caracterizar por el inminente dolor a nivel de la fosa iliaca derecha, punto conocido como Mc Burney, en el cual se describe que se va a dibujar una línea imaginaria que va a partir desde el ombligo hacia la cresta iliaca antero superior, que va a ser justamente en lugar donde se va a encontrar el ciego.^{14,15}

También se va a describir el punto de Blumberg, debido a que este va a representar un signo de reacción peritoneal, siendo considerado de gran importancia, y el cual se va a obtener ante la descompresión rápida de la fosa iliaca derecha, generando un espasmo muscular que va a ser mucho más dolorosa que la descompresión misma; a su vez ante la presencia de este signo, se le va a sumar la deshidratación y la taquicardia, debido a la progresión del dolor con las horas.^{14,15}

La presentación atípica va a ocurrir al momento de la perforación del apéndice mas la presencia de peritonitis en uno o más cuadrantes del abdomen, debido a que conjuntamente con el dolor se va a empezar a presentar picos febriles y escalofríos, tendiendo a que el dolor se vuelva difuso; sin embargo al momento de la valoración clínica se va a encontrar el espasmo muscular, distensión, y en mucho de los casos una masa palpable, ante lo cual ya nos encontraríamos hablando de plastrón o absceso.¹⁵

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial tendrá en consideración a toda patología que inicie con un dolor abdominal súbito, migratorio y tipo cólico; todos estos diagnósticos han tenido que ser considerados debido a que la apendicitis aguda tiende a tener un cuadro muy inespecífico.²³

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITIS AGUDA
MUJERES
Embarazo ectópico
Torsión de quiste de ovario
Ruptura de folículo ovárico
Absceso tubarico / Salpingitis
Infección de tracto urinario
ADULTOS JÓVENES
Ileitis terminal
Pancreatitis
Pielonefritis
Cólico renoureteral
ADULTO MAYOR
Diverticulitis colonica
Colecistitis aguda
Neoplasias del tracto gastrointestinal
Úlcera péptica perforada

Fuente: Guía para manejo de urgencias

Factores de riesgo

Automedicación

La OMS denominó a la automedicación como el uso indiscriminado de fármacos por parte de toda persona que no pertenezca al área de la salud con el fin de tratar cualquier enfermedad o síntomas que logren ser reconocidos por los mismos pacientes.¹⁸ Si bien esto no se encuentra permitido, la OMS lo incluye dentro del autocuidado de la salud, así como también encontramos otros ítems, como lo son la higiene, el estilo de vida y los factores sociales y económicos que pueda presentar cada persona.¹⁸

Schar, en Alemania, realizó un estudio basado en la automedicación, en la que evidenció que el 60% y 80% de la población lo practicaba ante cualquier problema de salud que pudiera presentar la persona.²⁷ En otro estudio, realizado por Beske y Hanpft se evidenció que el 18% de los medicamentos que se vendieron en las farmacias de Alemania, se hicieron sin tener una prescripción médica.²⁸ Se realizaron otros estudios en países subdesarrollados, donde se evidenció que el problema era mucho más grande de lo que se pensaba.²⁸ Saeed se percató de que en Arabia Saudita el 58% de las personas que recibieron atención, optaron por la automedicación, con el único propósito de ahorrar gastos y tiempo.²⁹ Greenhalgh encontró en la India que el 64% de las personas compraba los medicamentos sin prescripción variando entre farmacias en un 30%.³⁰

Hardon en un estudio que realizó en Filipinas evidenció que el 38% de los niños que presentaron alguna enfermedad, fueron tratados en casa, haciendo uso de medicamentos indiscriminadamente, combinándolos e incluso sin notar que estaba contraindicado para muchas de las enfermedades.³¹

En lo que respecta a Latinoamérica, se han realizado estudios los cuales han demostrado que la automedicación es frecuente; Haak en Brasil indicó que la

automedicación era para las personas la forma mas común de adquirir medicinas, representado en un 40% a 43%.³² Price en un muestreo que llevo acabo en Ecuador en dos industrias farmacéuticas conocidas, observo que el 51% de todas sus ventas, se hicieron sin ninguna prescripción médica, siendo medicamentos que ante su uso indiscriminado podía causar daños colaterales.³³

En el Perú, Rondinel realizó un estudio para evidenciar las características en el consumo de los fármacos a nivel de Lima y Yauri, en donde encontró que el 32% de todos los medicamentos que fueron sacados a la venta, fueron adquiridos por las personas sin ninguna prescripción medica; reflejando que este consumo era masivo en las personas con un estatus económico alto.³⁵ Núñez dio como válido el estudio que había realizado Rondinel, ya que en su estudio en Lima Metropolitana encontró que el 51% a 64%, esta modalidad de tratamiento fue la mas elegida por la población.³⁶ Amery y López en un estudio que realizaron en Chimbote dieron a conocer que del 59% de la población, no recurrió a un personal medico para el tratamiento correspondiente, sino que el familiar, ya se la madre responsable en caso de menores de edad o el mismo paciente, decidió auto indicarse el tratamiento, tomándolo por tiempo no especificado o específicamente a criterio personal.³⁷

Lo que la población en general no llega a concientizar en su máxima expresión, es que la toma indiscriminada de medicamentos, sin un diagnóstico certero y por un tiempo no determinado, va a modificar el curso habitual que debe seguir una enfermedad, llegando a enmascarar parcial o totalmente el cuadro actual del padecimiento; incrementando la complejidad del cuadro, ya que al enmascararse el cuadro, llegar al diagnóstico estará mucho mas trabado y por lo cual el tratamiento o abordaje oportuno, se vería interrumpido. Si bien es cierto, muchas veces la sintomatología no va a definir el cuadro en especifico que esta cursando el paciente, teniendo factores externos como la automedicación y el retraso en la llegada a una institución de salud, va a aumentar la morbilidad de la persona, sin tener en

consideración el impacto a nivel económico que esta podría generar, ya sea por la necesidad de exámenes complementarios y repetitivos o por la ampliación de la estancia hospitalaria.^{16,17} El uso de cualquier tipo de medicamentos, hoy en día es de uso común, sea adquisitivo por prescripción médica o por automedicación, desencadenando una problemática para el país.¹⁸

Edad

El diagnóstico de esta patología siempre va a presentar dificultad en los extremos de la vida, en el caso del adulto mayor, es usual que su presentación sea atípica e insidiosa, con un dolor permanente y con una intensidad disminuida sostenido en un tiempo aproximado de 3 o más días, presentando a su vez distensión abdominal, disminución de ruidos intestinales, incluso llegan a presentar parálisis intestinal con meteorismo, siendo esta presentación una indicación posible de obstrucción intestinal; al palparse una masa en la fosa iliaca derecha con poca o escasa presencia de defensa abdominal. Es por ello, que el adulto mayor puede presentar un cuadro confuso y deterioro del estado general, que nos indicaría diversidad de patologías.^{42,43} Ante un adulto mayor con dolor abdominal de evolución aguda o subaguda, se debe interrogar el tiempo de evolución, evaluar los signos vitales, incluyendo la presión arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria y temperatura.

A nivel abdominal auscultar ruidos, buscar mediante la palpación superficial y profunda tumoraciones, signos de irritación abdominal y puntos dolorosos específicos como Murphy y Mc Burney, e incluso la exploración de las regiones inguinales y genitales.^{42,43} En adultos mayores la presentación de la perforación apendicular puede suceder antes, y al ser la evolución subaguda, con un dolor en menor intensidad, ocasionaría que el paciente acuda de manera tardía para recibir atención. La tasa de perforación apendicular es de aproximadamente un 25%, siendo esta mucho mayor en niños menores de 5 años y en personas mayores de 65 años, casos

en los cuales una TAC será la vía de complementación del estudio, para optar por un correcto abordaje. ^{42,43}

El diagnóstico en edad pediátrica, la manifestación se va a dar por la presencia del dolor abdominal, náuseas o vómitos y fiebre, tal cual han sido mencionados, es su aparición. En los lactantes la presentación suele ser con diarreas, el dolor se va a presentar en forma difusa a nivel abdominal y tras la evolución en horas, se localizará en el cuadrante inferior derecho, siendo continuo y progresivo. Tras la aparición del dolor, se le agregaran los vómitos de contenido gastro- alimentario. Dice la literatura que las náuseas y el vómito pueden preceder al dolor abdominal en caso el cuadro apendicular sea retrocecal ascendente. El pico febril que se va a presentar va a estar dentro de los 38,5 grados y en muchos de los casos también puede cursar afebril. ^{42,44}

Tiempo de enfermedad

El diagnóstico de una perforación apendicular presenta un alto grado de dificultad, por lo que, ante un alto grado de sospecha, se debe de actuar de inmediato para prevenir las graves complicaciones que se presentarían como desenlace. Dentro de los factores que van a predisponer estas complicaciones, se encuentra el tiempo de evolución de los síntomas, que va a comprender el periodo desde el inicio de la sintomatología hasta el momento en el que acude a un centro de salud para diagnóstico y tratamiento oportuno. Se ha establecido que el tiempo que va a transcurrir desde el inicio de los síntomas hasta la valoración final va a representar un factor significativo en la ocurrencia de esta complicación. Por lo que el retraso en la atención, por cualquiera que sea el motivo, favorecerán el curso natural de la enfermedad hasta llegar a la perforación, trayendo consigo peritonitis, absceso o plastrón apendicular, además de que la mortalidad puede variar del 5% en los

pacientes que no presenten perforación, a diferencia del 30% que puede evidenciarse en los pacientes con presentación de perforación.⁴⁵

En estudios que se realizaron, evidenciaron que la demora en el tratamiento quirúrgico de pacientes con apendicitis mayor a las 72 horas o más, tomado en cuenta desde el inicio de la sintomatología, presentan una alta incidencia de perforación, casi en su 90%. En un estudio que se realizó en el Policlínico de Angamos, se evidenció que, de los 150 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda perforada, presentó un tiempo de enfermedad mayor a las 24 horas.⁴⁵

Cuando el diagnóstico y el tratamiento se dan de manera oportuna, la morbilidad por esta patología es mínima y el pronóstico es bueno. En la presentación de una apendicitis aguda complicada, se va a encontrar peritonitis generalizada, oclusión intestinal y compromiso de órganos, que van a complicar y llegar a poner en riesgo la vida del paciente.⁴⁶

2.3 Marco conceptual

Apendicitis: Inflamación del apéndice.¹³

Automedicación: Uso indiscriminado de familias medicamentosas por voluntad propia del paciente ante cualquier sintomatología reconocida.¹⁸

Tiempo de enfermedad: Periodo en el cual se van a presentar los signos y síntomas, desde su aparición hasta el tratamiento quirúrgico.¹³

Factor de riesgo: Circunstancia o características que van a aumentar la probabilidad de padecer alguna enfermedad.³⁶

Tiempo de diagnóstico: Tiempo que transcurrió desde el ingreso hasta el momento del diagnóstico.³⁷

Apendicetomía: Es el acto quirúrgico en el que se va a extirpar el apéndice.³⁵

2.4 Hipótesis

2.4.1 General

H1: Existe asociación entre el tiempo de enfermedad y la automedicación como factores de riesgo para apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019.

H0: No existe asociación entre el tiempo de enfermedad y la automedicación como factores de riesgo para apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019.

2.4.2 Especificas

Hipótesis 1

H1: El tiempo de enfermedad es un factor de riesgo para apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019.

H0: No existe asociación entre el tiempo de enfermedad y el riesgo de apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019.

Hipótesis 2

H1: La automedicación es un factor de riesgo para apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019.

H0: No existe asociación entre la automedicación y el riesgo de apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019.

Hipótesis 3

H1: Si existe asociación entre el género y el desarrollo de apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019.

H0: No existe asociación entre el género y el desarrollo de apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019.

Hipótesis 4

H1: Si existe asociación entre el estadio anatómico- patológico y la automedicación en pacientes con apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019.

2.5 Variables

Variable independiente

Tiempo de enfermedad

Automedicación

Estadio anatómico-patológico

Género

Variable dependiente

Apendicitis aguda complicada

Variable interviniente

Edad

Tipo de Medicamentos

Tiempo de enfermedad extrahospitalaria

2.6 Definición operacional de términos

Tiempo de enfermedad: Tiempo que transcurrió desde el inicio de la sintomatología.

<72 horas

≥ 72 horas

Tiempo de enfermedad extrahospitalaria: Tiempo que va a transcurrir desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital.

<24 horas

≥ 24 horas

Automedicación: Consumo de medicamentos sin prescripción médica.

Antibiótico

Analgésico

Antiinflamatorio

Antiespasmódico

Estadio anatómo- patológico: Diagnóstico post evaluación por patología

Catarral

Supurada

Gangrenada

Perforada

Género: Identidad sexual del ser vivo

Masculino

Femenino

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo de investigación

Según el objetivo del estudio es de tipo analítico

Según el grupo de estudios es casos y controles

Según el número de mediciones de la variable es transversal

Según el periodo en que se obtiene la información es retrospectivo

Según la intervención del investigador es un estudio observacional

3.1.2 Nivel de investigación

El presente estudio es de nivel correlacional, no experimental. Se busca encontrar la asociación entre el tiempo de la enfermedad y la automedicación, en el desarrollo de apendicitis aguda complicada.

3.2 Población y muestra

Población

Estuvo conformada por pacientes que cursaron con apendicitis aguda complicada y fueron atendidos en el “Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa”, 2019.

Muestra

Herrera manifestó lo siguiente: “Para poder realizar el cálculo del tamaño de la muestra, se debe de tener en cuenta que el universo es finito, contable y categórica; donde se deberá conocer en primera instancia N, que hará referencia al total de casos esperados o bien el total de casos que se han presentado en años anteriores”.

Es por ello por lo que, ante lo expuesto, la muestra que se tomo para el análisis correspondiente fueron los pacientes con un tiempo de enfermedad no determinado y aquellos que se automedicaron siendo atendidos posteriormente en el “Hospital de emergencias José Casimiro Ulloa” en el año 2019.

Donde nuestra muestra ha considerar es de 200 pacientes.

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

Donde:

N: Universo (200 tamaño de la población accesible).

E: Error de estimacion (0.05 debido al muestreo que estima en un 5%).

n: Tamaño de la muestra que está sujeta a estudio Z^2 : 1.96 (nivel de confianza 95%).

$$n = \frac{1.96^2 (0.50) (1 - 0.50) (200)}{(0.50)^2 (200 - 1) + 1.96^2 (0.50) (1 - 0.50)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.50) (0.50) (200)}{(200) (0.05)^2 + (3.8416) (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{384.16192.08}{131.75}$$

$$n = 132$$

Por lo tanto, nuestra muestra se encontró conformada por 132 historias de pacientes. Nuestro grupo de casos fueron 67 pacientes con apendicitis aguda complicada y nuestro grupo de control fueron también 65 pacientes con apendicitis aguda.

CASOS

Criterios de inclusión

Historias clinicas de pacientes con presencia de apendicitis aguda complicada.

Historias clinicas de pacientes con un tiempo de enfermedad prolongado.

Historias clinicas de pacientes que se automedicaron.

Historias clinicas de pacientes que han sido atendidos durante el año 2019.

Criterios de exclusión

Historias clinicas incompletas

Historias clinicas ilegibles

Historias clinicas de pacientes fallecidos o transferidos a otros hospitales.

CONTROLES

Criterios de inclusión

Historias clinicas de pacientes con presencia de apendicitis aguda

Historias clinicas de pacientes con un tiempo de enfermedad no determinado.

Historias clinicas de pacientes que se automedicaron.

Historias clinicas de pacientes que han sido atendidos durante el año 2019.

Criterios de exclusión

Historias clinicas incompletas

Historias clinicas ilegibles

Historias clínicas de pacientes fallecidos o transferidos a otros hospitales

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El medio de recolección de información se llevó a cabo mediante la aplicación de un analisis documental que se encuentra en el anexo 02, en el cual a partir de la historia

clínica de los pacientes incluidos en el presente estudio se buscó obtener los datos necesarios.

3.4 Diseño de recolección de datos

Una vez completada la ficha de recolección de datos, se procedió a la creación de la base de datos en una hoja de Excel versión 2014, siendo debidamente verificada por personal capacitado. Posteriormente fue exportada al programa estadístico del software de IBM SPSS versión 25.

3.5 Procesamiento y análisis de datos

El análisis de los datos se realizó por medio de la aplicación de análisis bivariado a cada uno de los factores de riesgo evaluados como lo fueron el tiempo de enfermedad y la automedicación para apendicitis aguda complicada por medio de la aplicación de la prueba Chi- cuadrado X^2 y para la determinación de la probabilidad de riesgo se realizó mediante la valoración de Odds ratio.

3.6 Aspectos éticos

La realización del presente estudio, se llevo a cabo una vez obtenido la autorización legal del comité de etica de la Universidad Privada San Juan Bautista, conjuntamente con el permiso y autorización del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, institución en donde se realizó dicho estudio. Se respetarán los principios éticos de no maleficiencia, justicia, autonomía y beneficiencia estipulados por el informe de Belmont.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

TABLA 01: TIEMPO DE ENFERMEDAD Y AUTOMEDICACIÓN COMO FACTORES DE RIESGO PARA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.

APENDICITIS AGUDA			
AUTOMEDICACIÓN	SI	N	100
		%	75,8%
	NO	N	32
		%	24,2%
TIEMPO DE ENFERMEDAD	>72H	N	106
		%	80,3%
	<72H	N	26
		%	19,7%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la Tabla 01 se evidenció que del total de pacientes atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa en el periodo de enero a diciembre del 2019; 100 pacientes decidieron automedicarse, representando el 75,8%, mientras que 32 pacientes optaron por no hacerlo, viéndose reflejado en un 24,2%. Con respecto al tiempo de enfermedad, se evidenció que 106 pacientes presentaron un tiempo de enfermedad mayor a 72 horas, representando el 80,3%, mientras que 26 pacientes presentaron un tiempo de enfermedad menor a 72 horas, reflejándose de esta manera en el 19,7%.

TABLA 02: VARIABLES ASOCIADAS A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.

APENDICITIS AGUDA						
		COMPLICADA		NO COMPLICADA		P-VALOR
AUTOMEDICACIÓN	SI	N	57		43	
		%	85,1%		66,2%	
	NO	N	10		22	0,011
		%	14,9%		33,8%	
TIEMPO DE ENFERMEDAD	>72H	N	59		47	
		%	88,1%		72,3%	
	<72H	N	8		18	0,023
		%	11,9%		27,7%	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la Tabla 02 se evidenció que las variables que estuvieron significativamente asociadas al desarrollo de apendicitis aguda complicada fueron, la automedicación y el tiempo de enfermedad. Con respecto a los que no presentaron apendicitis aguda complicada, se obtuvo una población conformada por 43 pacientes, representando el 66,2% el cual decidió automedicarse, mientras que 22 pacientes, representando el 33,8% optaron por no hacerlo. Así mismo, aquellos pacientes que desarrollaron apendicitis aguda complicada evidenciaron que 57 pacientes, representado por el 85,1% opto por automedicarse, sin embargo 10 pacientes, representando el 14,9% optaron por no hacerlo. Obteniéndose un P= 0,011, indicándonos una relación estadística.

En lo que respecta al tiempo de enfermedad, se evidenció que de los pacientes que no presentaron apendicitis aguda complicada, 47 de ellos, representando el 72,3% presento un tiempo de enfermedad mayor a 72horas, mientras que 18 pacientes, representado por el 27,7% presento un tiempo de enfermedad menor a 72 horas. Sin embargo, aquellos que, si desarrollaron una apendicitis aguda complicada, dejó en evidencia que 59 pacientes, representado por el 88,1% presentó un tiempo de enfermedad mayor a 72 horas y 8 pacientes, representado por el 11,9% presentó un tiempo de enfermedad menor a 72h. Obteniéndose un $P= 0,023$, indicándonos una relación estadísticamente significativa.

TABLA 03: ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.

INTERVALO DE CONFIANZA 95%			
	OR	INFERIOR	SUPERIOR
TIEMPO DE ENFERMEDAD			
>72H / <72H	2,82	1,12	7,06
AUTOMEDICACIÓN			
SI / NO	2,91	1,25	6,79

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la Tabla 03 se evidenció que los pacientes que presentaron un tiempo de enfermedad mayor a 72 horas se encontraron expuestos 2,82 (IC 95% 1,12- 7,06) veces más el riesgo de desarrollar una apendicitis aguda complicada. En referencia a la automedicación, aquellos pacientes que optaron por hacerlo presentaron un 2,91 (IC 95% 1,25-6,79) veces más riesgo de desarrollar apendicitis aguda complicada respectivamente.

TABLA 04: EDAD DE LOS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	MODA	MEDIANA
EDAD	132	15	75	35,34	21	32

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la Tabla 04 se evidenció que de los 132 pacientes que fueron atendidos, se obtuvo que la edad mínima de presentación de la apendicitis aguda fue de 15 años, mientras que la edad máxima alcanzada es de 75 años. Presentando una media de 35,34 y la moda de 21 años.

TABLA 05: PREVALENCIA SEGÚN EDAD DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA DE 15 A 70 AÑOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.

EDAD	APENDICITIS AGUDA		
		COMPLICADA	NO COMPLICADA
≤19	N	9	5
	%	13,4%	7,7%
20-29	N	18	23
	%	26,9%	35,4%
30-39	N	14	16
	%	20,9%	24,6%
40-49	N	14	9
	%	20,9%	13,8%
50-59	N	9	9
	%	13,4%	13,8%
>60	N	3	2
	%	4,5%	3,1%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la Tabla 05 se evidenció la prevalencia según la edad de los pacientes que presentaron apendicitis aguda complicada de 15 a 70 años. Encontrándose que del total de los pacientes, 9 eran menores de 19 años (13,4%), entre los 20 a 29 años se encontraron 18 pacientes (26,9%), entre los 30 a 39 años se encontró a 14 pacientes (20,9%), al igual que los pacientes entre 40 y 49 años en el que también se encontraron a 14 (20,9%); entre los 50 a 59 años se encontraron a 9 pacientes (13,4%), mientras que a mayores de 60 años, se encontraron a 3 pacientes (4,5%).

TABLA 06: ESTADIO ANATOMO- PATOLÓGICO VS AUTOMEDICACIÓN

ESTADIO ANATOMO-PATOLÓGICO		AUTOMEDICACIÓN			
		SI		NO	
		N	%	N	%
CATARRAL		0	0,0%	15	46,9%
	SUPURADA	18	18%	10	31,3%
	GANGRENADA	26	26%	7	21,9%
	PERFORADA	56	56%	0	0,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la Tabla 06 se evidenció que el estadio anatómo- patológico se obtuvo una vez realizado el acto quirúrgico y extracción de la pieza, clasificándose en 4 categorías y obteniéndose en este estudio que de aquellos pacientes que se automedicaron, la presentación más común fue la perforada, representada en un 56% y la gangrenada con un 26%. Caso contrario aconteció en aquellos pacientes que no se automedicaron y siguieron con la evolución natural de la enfermedad, obteniéndose como la más común a la catarral, representada en un 46,9%, seguida de la supurada con un 31,3 % y la gangrenada con un 21,9%. Obteniéndose un P= 0,000, lo que nos indica que es estadísticamente significativo, demostrando asociación entre dichas variables.

TABLA 07: ESTADIO ANATOMO- PATOLÓGICO VS TIEMPO DE ENFERMEDAD

ESTADIO ANATOMO-PATOLÓGICO	TIEMPO DE ENFERMEDAD			
	>72H		<72H	
	N	%	N	%
CATARRAL	0	0,0%	15	57,7%
SUPURADA	22	20,8%	6	23,1%
GANGRENADA	28	26,4%	5	19,2%
PERFORADA	56	52,8%	0	0,0%
TOTAL	106		26	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la Tabla 07 se evidenció que de aquellos pacientes que presentaron un tiempo de enfermedad mayor a 72 horas la presentación más común fue la perforada, representada en un 52,8% y la gangrenada con un 26,4%. Caso contrario aconteció en aquellos pacientes que presentaron un tiempo de enfermedad menor a 72 horas, siendo la más predominante la catarral con el 57,7%, seguida de la supurada con el 23,1% y la gangrenada representada con un 19,2%. Obteniéndose un P= 0,000 lo que nos indica que es significativo y hay asociación entre dichas variables.

TABLA 08: PREVALENCIA SEGÚN GÉNERO DE PACIENTES QUE PRESENTARON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.

		APENDICITIS AGUDA		
			COMPLICADA	NO COMPLICADA
GÉNERO	HOMBRE	N	55	37
		%	82,1%	56,9%
	MUJER	N	12	28
			17,9%	43,1%
P-VALOR: 0,002				
OR: 3,468 IC 95% (1,56-7,67)				

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la Tabla 08 se evidenció la prevalencia según el género de los pacientes que presentaron apendicitis aguda de 15 a 70 años. Encontrándose que, del total de pacientes atendidos por apendicitis aguda complicada, es decir de los 69; 55 pacientes, representando el 82,1% fueron del sexo masculino y 12 pacientes, representado el 17,9% fueron del sexo femenino. En lo que respecta a los pacientes que presentaron una apendicitis aguda sin complicaciones, se observó que, del total de atendidos, es decir 65; 37 pacientes representados por el 56,9% eran del sexo masculino, mientras que 28 pacientes, representados por el 43,1% eran del sexo femenino.

TABLA 09: PREVALENCIA SEGÚN TIPO DE MEDICACIÓN DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA DE 15 A 70 AÑOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.

		APENDICITIS AGUDA	
		COMPLICADA	NO COMPLICADA
TIPO DE MEDICACIÓN			
ANALGÉSICO	N	13	3
	%	19,4%	4,6%
ANTIBIÓTICO	N	6	9
	%	9,0%	13,8%
ANTIINFLAMATORIO	N	1	7
	%	1,5%	10,8%
ANTIESPASMÓDICO	N	47	0
	%	70,1%	0,0%
NINGUNO	N	0	46
	%	0,0%	70,8%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la Tabla 09 se evidenció la prevalencia según el tipo de medicamentos se obtuvo que del total de pacientes atendidos que desarrollaron una apendicitis aguda complicada, el 70,1%, conformado por 47 personas consumieron antiespasmódicos para aliviar sintomatología, seguido de los analgésicos, representado por un 19,4%, es decir un total de 13 personas. Sin embargo, en aquellos pacientes en el que se desarrollo una apendicitis aguda simple, se evidenció que el 70,8%, conformado por 46 pacientes, no tomaron ninguna medicación. El tipo de medicación con mayor relevancia dentro de las que no presentaron complicación fue los antibióticos con el 13,8%.

TABLA 10: PREVALENCIA DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN PACIENTES DE 15 A 70 AÑOS SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD EXTRA HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, 2019.

		APENDICITIS AGUDA		
		COMPLICADA		NO COMPLICADA
TIEMPO DE ENFERMEDAD	>24H	N	59	37
	EXTRAHOSPITALARIA	%	88,1%	56,9%
	<24H	N	8	28
		%	11,9%	43,1%
P-VALOR: 0,000				
OR: 5,581 IC 95% (2,29-13,5)				

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la Tabla 10 se evidenció la prevalencia del tiempo de enfermedad extrahospitalaria, obteniéndose que, del total de la población, el 88,1% que representa a 59 pacientes presentó una apendicitis aguda complicada en un tiempo de enfermedad mayor de 24 horas, mientras que el 11,9%, no llegó a presentar complicaciones en un tiempo de enfermedad menor a las 24H, tomándose en cuenta el tiempo desde el momento del inicio de la sintomatología. En cuanto a los pacientes que presentaron una apendicitis aguda sin complicaciones, se evidenció que el 56,9% conformado por 37 pacientes presentaron un tiempo de enfermedad extrahospitalaria mayor a 24 horas, mientras que 28 personas, representando el 43,1% presentaron un tiempo de enfermedad extrahospitalaria menor a 24 horas. Se obtuvo una estimación de riesgo de 5,58 IC 95% (2,29-13,5).

4.2 Discusión

La apendicitis es una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico, motivo por el cual los pacientes que llegan a padecerla deben de ingresar a sala de operaciones, ya que el único tratamiento para esta enfermedad es de carácter quirúrgico. Nuestro estudio tuvo como primer objetivo determinar si el tiempo de enfermedad no especificado, es un factor de riesgo para el desarrollo de apendicitis aguda complicada, en el cual evidenciamos que de nuestra población total estudiada que desarrollo dicha patología; 59 pacientes, es decir el 88,1%, presento un tiempo de enfermedad mayor a 72 horas y 8 pacientes, representado por el 11,9% presento un tiempo de enfermedad menor a 72 horas. Así mismo, en el estudio realizado por Abdelkarim⁴, se obtuvo que de todos los factores de riesgo estudiados, el tiempo de enfermedad no determinado es el más relevante para que pueda producirse una perforación apendicular y presentando de este modo, que en un promedio de 79 h los pacientes se encuentran expuesto a presentar complicaciones; sin embargo en un estudio realizado por Frederick⁶, se demostró que en un tiempo de enfermedad de aproximadamente 8.6 horas, no fue un indicador para presentar complicaciones, determinando que no es un factor estrictamente dependiente.

Como segundo objetivo en este estudio, se buscó determinar si la automedicación es un factor de riesgo para desarrollar una apendicitis aguda complicada, en el cual se encontró que del total de pacientes que participaron en este estudio, es decir, 132; 67 de estos desarrollaron una apendicitis aguda complicada, de los cuales 57 (85,1%) optaron por la automedicación y 10 (14,9%) pacientes optaron por no hacerlo. Para Angamarca¹⁰, en su estudio se obtuvo que el 62,2% se automedico, generando una demora en el tiempo de determinación del diagnostico; al igual que para Cruz⁹, el cual evidenció en su estudio que el 15,4% de su población tuvo una premedicación, no solo por la toma de medicación por indicación propia, sino también porque en muchos de los casos fue prescrita por personal de salud.

Para Rasool⁴⁰ en el estudio que realizó, evidenció que 32 pacientes, es decir, el 21,33% optó por la automedicación, como un método alternativo por falta de recursos financieros; de la misma manera Asad¹¹ demostró que el 23,8% se demoró en llegar a una institución médica debido a que, tomando medicación previa, atenuaron por momentos los síntomas.

En relación con el tipo de medicamentos, se obtuvo que los fármacos de mayor relevancia y que se van a encontrar relacionados con el desarrollo de apendicitis aguda complicada, son los antiespasmódicos, representado por el 70,1%, seguido de los analgésicos con el 19,4%. Sin embargo, para Matos⁴², en el estudio que realizó sobre la automedicación en relación con el retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda, encontró que los medicamentos con mayor relevancia son los analgésicos con el 32,3%, seguido de los antibióticos con el 18,5%.

En cuanto al género asociado a desarrollar dicha patología quirúrgica, se evidenció en nuestro estudio que, del total de pacientes atendidos, 55 de estos pacientes, es decir el 82,1% eran hombres y 17,9% estaba conformado por 12 paciente mujeres, se obtuvo una estimación de riesgo OR: 3,46 con un IC: 95%. El estudio de Nunez²⁵ demostró que, de la población estudiada, conformada por 179 pacientes, el género fue un factor que se encontraba íntimamente relacionado con el desarrollo de complicaciones, teniendo una estimación de riesgo OR: 2,2 con un IC: 95%; de esta misma manera Castillo³⁹ en su estudio, evidenció que de los 352 pacientes que conformaban su población, el 68,9% fueron hombres que presentaron una apendicitis aguda complicada.

La edad es un factor que en mucha de las patologías va a determinar la cronicidad o las complicaciones adicionales que podría presentar un paciente. En el caso de la apendicitis aguda, la edad va a indicar complicaciones si no se logra abordar oportunamente la enfermedad, es decir, a más edad, mayor riesgo de presentar

plastrones, abscesos y/o peritonitis generalizada. Ocasionalmente que la recuperación sea mucho más larga y lenta, haciendo que la estancia hospitalaria se prolongue, o se tenga que hacer uso de drenajes debido al lavado de cavidad ante una peritonitis, entre otros factores. Dentro de nuestro estudio se obtuvo que el 26,9% de los pacientes que presentaron una apendicitis aguda complicada, se encontró en el rango de 20 a 29 años, seguido del 20,9% en el rango de 30 a 39 años, porcentaje similar a los que se encontraban en el rango de 40 a 49 años, con el 20,9% respectivamente. En el estudio de Castillo³⁹ se obtuvo que la edad oscilaba entre los 19 a 29 años, sin embargo, en el estudio realizado por Rasool⁴⁰, que incluyó a 150 pacientes, la edad oscilaba entre los 23 a 47 años.

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-VALOR: 0,000). Para Cruz⁹, 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 Angamarca¹⁰, evidenció 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 determinó que el tiempo de enfermedad es un factor de riesgo que va a predisponer el desarrollo de apendicitis aguda complicada, evidenciando en este estudio que, pasada las 72 horas desde el inicio del cuadro sintomatológico, hasta el momento de la intervención quirúrgica como tratamiento, va a existir 2,82 (IC 95% 1,12- 7,06) veces más el riesgo de desarrollar una complicación.

Se encontró asociación entre la automedicación y la apendicitis aguda complicada, evidenciando en este estudio que el 85,1% de la población estudiada, optó por la automedicación, logrando enmascarar el cuadro quirúrgico, y ocasionando que el tiempo de diagnóstico sea mucho más extensivo. Así mismo, se observó que los fármacos más utilizados, eran los antiespasmódicos representado por el 89,6%, seguido por los antibióticos reflejados con el 11,4% y lo antiinflamatorios con el 6,1%.

Existe una relación significativa entre el género masculino y el desarrollo de apendicitis aguda complicada, evidenciando que el 82,1% de población pertenece a este género y 12 pacientes, representado el 17,9% fueron del sexo femenino. Encontrándose una asociación significativa con un P-VALOR: 0,002 indicándonos que los hombres se encuentran 3,46 (IC 95% 1,56- 7,67) veces más expuestos.

Se identificó relación entre el estadio anatómico- patológico y la automedicación, evidenciando que la presentación más común fue la perforada, representada en un 56% y la gangrenada con un 26%. Se halló una relación significativa obteniéndose un P-VALOR: 0,000, lo que nos indica que es significativo.

5.2 Recomendaciones

En relación con los pacientes que presenten un tiempo de enfermedad mayor a 72 horas, se recomienda dar una atención inmediata y complementar estudios con imágenes y laboratorios, con el fin de dar un abordaje inmediato y de este modo disminuir las complicaciones. Así mismo, se sugiere dar turnos operatorios a todos aquellos pacientes que se acerquen al centro de salud con un tiempo de enfermedad mayor a las 24H, que debe ser considerado desde el inicio de la sintomatología hasta el momento en el que acceda al servicio médico.

Se debería de implementar una normativa en el cual se imposibilite que una persona no perteneciente al área médica pueda acceder a una medicación sin prescripción alguna, siendo así mismo controlado por el Ministerio de Salud, para que la normativa sea llevada a cabo y se exija su cumplimiento en los centros farmacéuticos, siendo esta misma, su punto más débil.

Se debe tomar en consideración la prevalencia del sexo masculino en la presentación de complicaciones de la apendicitis aguda al momento de la atención; así mismo se debería de complementar estudios para poder establecer la razón por el cual existe determinada relación. En el caso de las mujeres, antes de determinar una apendicitis aguda, debe descartarse los diagnósticos diferenciales

Debido a que el diagnóstico de la apendicitis aguda es clínico, se recomienda realizar una adecuada Historia clínica al momento de la llegada del paciente a la institución, haciendo hincapié en el inicio de los síntomas y si consumió por decisión propia o prescripción medica algún medicamento previo, para que de esta manera se pueda dar el correcto abordaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bahena-Aponte J A, Chávez-Tapia N C, Méndez-Sánchez N. Estado actual de la apendicitis. *Médica Sur, México* Vol. 10, núm. 3, Julio septiembre 2003.
2. T.R. Harrison; Principios de Medicina Interna 148 edición; Vol. II.
3. Dr. Velázquez J, Dr. Ramírez F, Dr. Vega A. Premedicación, factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda. *Cirujano General* Vol. 31 Núm. 2 – 2009
4. Omari A, Khammash M, Qasaimeh G, Shammari A, Yaseen M, Hammori S. Acute appendicitis in the elderly: risk factors for perforation. 2020.
5. Naderan M, Shahr Babaki A, Shoar S, Mahmoodzadeh H, Nasiri S, Khorgami Z. Risk factors for the development of complicated appendicitis in adults. 2020.
6. Drake F, Mottey N, Farrokhi E, Florence M, Johnson M, Mock C et al. Time to Appendectomy and Risk of Perforation in Acute Appendicitis. 2020.
7. Van Dijk S, van Dijk A, Dijkgraaf M, Boermeester M. Meta-analysis of in-hospital delay before surgery as a risk factor for complications in patients with acute appendicitis. 2020.
8. Rollins KE e. Antibiotics Versus Appendectomy for the Treatment of Uncomplicated Acute Appendicitis: An Updated Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2020 [cited 4 January 2020]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27199000>.
9. 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.
10. 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.

11. Asad S e. CAUSES OF DELAYED PRESENTATION OF ACUTE APPENDICITIS AND ITS IMPACT ON MORBIDITY AND MORTALITY. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2020 [cited 4 January 2020]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26721023>
12. Roosevelt, F., 2009. "APENDICITIS AGUDA EN ADULTOS". In Guías para manejo de urgencias. Bogota, p. 5. Disponible en: http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/gastrointestinales/Apendicitis_aguda_en_adultos.pdf.
13. Asociación Española de Cirujanos. Cirugía AEC [Internet]. Google Books. 2020 [cited 4 January 2020]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=55xW13RGJlcC&pg=PA469&dq=APENDICITIS&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj6-vrc8ermAhWSq1kKHWJKBCQQ6AEIPjAD#v=onepage&q=APENDICITIS&f=false>
14. Apendicitis aguda. Cirugia [Internet]. Slideshare.net. 2020 [cited 4 January 2020]. Available from: <https://www.slideshare.net/RonaldStevenBravoAvila/apendicitis-aguda-cirugia>
15. Perussia, D. et al; 2013 "EVOLUCIÓN DE APENDICITIS AGUDA Y PRONÓSTICO"; Hospital San Roque; Argentina; disponible en: <http://sacp.org.ar/revista/13- numeros-anteriores/volumen-24-numero-4/58-evolucion-de-apendicitis-aguda- y-pronostico>.
16. Hernández-Novoa B, Eiros-Bouza JM. Automedicación con antibióticos: una realidad vigente. Centro de Salud 2001; 9: 357-364.
17. Guizar BC, Athié GC, Alcaraz HG, Rodea RH, Montalvo JE. Análisis de 8,732 casos de apendicitis aguda en el Hospital General de México. Cir Gen 1999; 21: 105-109.
18. Garcia, A. Diaz, X. Chiriboga, G. "FACTORES QUE RETRASAN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA", Hospital Homero Castanier Crespo; Azogues; 2013; pag. 26-27.

19. Fallas G. J.; Revisión Bibliográfica Apendicitis Aguda; Medicina Legal de Costa Rica; Vol. 29 (1), Marzo 2012.
20. Schumpelick, V., Dreuw, B., Ophoff, K. y A. Preschr. (2000). Appendix and Cecum, Embryology, Anatomy, and Surgical Applications. *Surgical Clinics of North America*, 80, 295-318.
21. McBurney C: The incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis. *Ann Surg* 20:38, 1894
22. Fitz RH: Perforating inflammation of the vermiform appendix: With special reference to its early diagnosis and treatment. *Transactions of the Association of American Physicians* 1:107, 1886
23. Humes, D. J. y J. Simpson. (2006). Acute appendicitis. *BMJ*, 333, 530–4.
24. 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.
25. 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.
26. Alvarado A. Clinical Approach in the Diagnosis of Acute Appendicitis. *Current Issues in the Diagnostics and Treatment of Acute Appendicitis* [Internet]. 27 de junio de 2018 [citado 4 de enero de 2020]; Disponible en: <https://www.intechopen.com/books/current-issues-in-the-diagnostics-and-treatment-of-acute-appendicitis/clinical-approach-in-the-diagnosis-of-acute-appendicitis>
27. Schar M. Problems of self- medication. *Soz Praventivmed* 1986; 31|:134-6.
28. Beske, F., Hanpft, R. Status of self-medication in West Germany. *Soz Praventivmed* 1986; 31: 169-74.

29. Saeed, AA. Self-medication among primary care patients in Farazdak Clinci in Riyadh. Soc Sci Med 1988; 27:287-9.
30. Greenhalgh T. Drug prescription and self-medication in India: an exploratory survey. Soc Sci Med 1987; 25:307-18.
31. Hardon, AP. The use of modern pharmaceuticals in a Filipino village: doctor's prescription and self-medication. Soc Sci Med 1987; 25:277-92.
32. Haak H. Pharmaceuticals in two Brazilian villages: lay practices and perceptions. Soc Sci Mod 1988; 27: 1415-27.
33. Price LJ. In the shadow of biomedicine: self –medication in two Ecuatorian pharmacies. Soc Sci Med 1989; 28: 905-15.
34. Villegas G, Brieva J, Danhier A. Use of drugs on sale at private pharmacies. Rev Med Chil 1987;115:919-24.
35. Rondinel C. Características del consumo de medicamentos en Lima y Sauri; (Cuzco). Tesis de Bachiller de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 1975.
36. Nuñez R. Medicina Popular y Autotratamiento en tres grupos socioeconómicos en Lima. Tesis de Bachiller de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 1984.
37. Amery J, López R. Medicamentos en el Perú. IPEP, Chimbote-Perú 1986.
38. López R, Kroeger A. Morbilidad y Medicamentos en el Perú y Bolivia, Gráfica Bellido. Lima-Perú 1990.
39. Castillo Gonzalez SA. Relacion de la automedicacion y el estadio estado anatomo-patologico en la evolucion de la apendicitis aguda [Tesis de grado]. [Trujillo - Peru]: Universidad Nacional de Trujillo; 2014.
40. 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.

41. Podda M e. Antibiotics-first strategy for uncomplicated acute appendicitis in adults is associated with increased rates of peritonitis at surgery. A systemati... - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2020 [cited 5 February 2020]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28284517>
42. E. Caycedo; Cirugía General en el Nuevo Milenio; tercera edición
43. Guía de Referencia rápida de diagnóstico de apendicitis aguda. Gobierno Federal de México; 2009.
44. R. Villavicencio, H.r U. García Delevaux, M. A. Sabeh, Federico Brahin, Alicia Valdiviezo; Diagnóstico Ecográfico de Apendicitis Aguda; artículo original; Revista Facultad de Medicina 2013, Vol. 13, N°1.
45. Juan Manuel Ospina Díaz J.; Sánchez L.; Palacios D.; Martínez I.; Suárez F. Características diagnósticas de la apendicitis aguda en el Hospital Regional de Duitama, Colombia en el periodo de Enero-Marzo del 2010. méd.uis. 2011;24(2):159-66
46. Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C., Consejo Mexicano de Cirugía General, A.C.; Tratado de Cirugía General; segunda edición, capítulo 94, Dr. Carlos A. G. Flores

ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: Daniela Meza Saco

ASESOR: Francisco Vallenias Pedemonte

TEMA: TIEMPO DE ENFERMEDAD Y AUTOMEDICACIÓN COMO FACTORES DE RIESGO PARA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSÉ CASIMIRO ULLOA", 2019.

VARIABLE DEPENDIENTE			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Apendicitis Aguda Complicada	Si No	Nominal	Ficha de Recolección de Datos
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Automedicacion	Si No	Nominal	Ficha de Recolección de Datos
Medicamento	Antibiótico Analgésico Antiinflamatorio Antiespasmódico	Nominal	Ficha de Recolección de Datos
Tiempo de enfermedad	<72 horas / ≥ 72 horas	Nominal	Ficha de Recolección de Datos
Tiempo de enfermedad extrahospitalaria	<24 horas / ≥ 24 horas	Nominal	Ficha de Recolección de Datos
Tiempo de enfermedad intrahospitalaria	<12 horas / ≥ 12 horas	Nominal	Ficha de Recolección de Datos
Estadio anatomo-patologico	Catarral/Supurada/Gangrenada/Perforada	Nominal	Ficha de Recolección de Datos

ANEXO 02: INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:.....

EDAD:

SEXO:

 F M

AUTOMEDICACIÓN

- a. Si
- b. No

TIPO DE MEDICACIÓN

- a. Analgésico
- b. Antibiótico
- c. Antiinflamatorio
- d. Antiespasmódico

TIEMPO DE ENFERMEDAD

- a. Menos de 72 h
- b. Mayor a 72 h

TIEMPO DE ENFERMEDAD EXTRAHOSPITALARIA

- a. Menos de 24h
- b. Mayor de 24h

TIEMPO DE ENFERMEDAD INTRAHOSPITALARIA

- a. Menos de 12h
- b. Mayor de 12h

ESTADIO ANATOMO-PATOLÓGICO

- a. Catarral
- b. Supurada
- c. Gangrenada
- d. Perforada

ANEXO 03: VALIDEZ DE INSTRUMENTO- CONSULTA DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

TIEMPO DE ENFERMEDAD Y AUTOMEDICACION COMO FACTORES DE RIESGO PARA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA, 2019.

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Bonjain Rodríguez Elvi*
 1.2 Cargo e institución donde labora: Universidad Privada San Juan Bautista
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo ___ Especialista ___ Estadístico ✓
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de Datos
 1.5 Autor del Instrumento: Meza Saco, Daniela del Carmen

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre el tiempo de enfermedad y la automedicación como factores de riesgo para apendicitis aguda complicada.					80%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%

INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer si el tiempo de enfermedad y la automedicación son factores de riesgo para apendicitis aguda complicada.					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica.					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

85%

Lugar y Fecha: Lima 20 de enero del 2020

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/Mg:

Eli Bazán
 ELI BAZÁN RODRÍGUEZ
 COESPE N° 444

.....
Firma del Experto Informante

D.N.I N.° 14200983

Teléfono 577914579



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

TIEMPO DE ENFERMEDAD Y AUTOMEDICACION COMO FACTORES DE RIESGO PARA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA, 2019.

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante:
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Universidad Privada San Juan Bautista
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de Datos
- 1.5 Autor del Instrumento: Meza Saco, Daniela del Carmen

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro.				/	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.				/	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre el tiempo de enfermedad y la automedicación como factores de riesgo para apendicitis aguda complicada.				/	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				/	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				/	

INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer si el tiempo de enfermedad y la automedicación son factores de riesgo para apendicitis aguda complicada.					✓	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					✓	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					✓	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica.					✓	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

80%

Lugar y Fecha: Lima 20 de enero del 2020

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/Mg:

Vallenas Pedemonte Francisco

SERVICIO MEDICO "MI SALUD"
 MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
 DR EN SALUD PUBLICA DR EN EDUCACION

FRANCISCO A VALLERAS PEDEMONTE
 CMP 20528 RNE-488797

Firma del Experto Informante

D.N.I.N.º 07406116

Teléfono 999850103



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

TIEMPO DE ENFERMEDAD Y AUTOMEDICACION COMO FACTORES DE RIESGO PARA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA, 2019.

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante:
1.2 Cargo e institución donde labora: Universidad Privada San Juan Bautista
1.3 Tipo de Experto: Metodólogo ___ Especialista Estadístico ___
1.4 Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de Datos
1.5 Autor del Instrumento: Meza Saco, Daniela del Carmen

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro.					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					✗
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre el tiempo de enfermedad y la automedicación como factores de riesgo para apendicitis aguda complicada.					✓
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					✓
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					✗

INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer si el tiempo de enfermedad y la automedicación son factores de riesgo para apendicitis aguda complicada.					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica.					X

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

90%

Lugar y Fecha: Lima 20 de enero del 2020

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/Mg:

Mostacero Montalvo, Ricks Honor



Firma del Experto Informante

D.N.I.N.º 41295888

Teléfono 992684977

ANEXO N° 3. MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: Daniela Meza Saco

ASESOR: Francisco Vallenias Pedemonte

TEMA: Tiempo de enfermedad y automedicación como factores de riesgo para apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", 2019.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General:</p> <p>PG: ¿Cuál es la asociación entre el tiempo de enfermedad y la automedicación como factores de riesgo para apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa", 2019?</p> <p>Específicos:</p> <p>PE 1: ¿Es el tiempo de enfermedad un factor de riesgo para apendicitis aguda complicada, en el Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa", 2019?</p>	<p>General:</p> <p>OG: Determinar si el tiempo de enfermedad y la automedicación son factores de riesgo para apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa", 2019.</p> <p>Específicos:</p> <p>OE1: Determinar si el tiempo de enfermedad es un factor de riesgo para apendicitis aguda complicada, en el Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa", 2019.</p> <p>OE 2: Establecer si la automedicación es un factor</p>	<p>General:</p> <p>H1: Existe asociación entre el tiempo de enfermedad y la automedicación como factores de riesgo para apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa", 2019.</p> <p>Específicos:</p> <p>H1: El tiempo de enfermedad es un factor de riesgo para apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", 2019.</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>FACTORES DE RIESGO</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de enfermedad • Automedicación • Estadio anatómico-patológico • Género <p>Variable interviniente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Tipo de medicación

<p>PE 2: ¿Es la automedicación un factor de riesgo para apendicitis aguda complicada, en el Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa", 2019?</p> <p>PE 3: ¿Se encuentra asociación entre el género y el desarrollo de apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa", 2019?</p> <p>PE4: ¿Se encuentra asociación entre el estadio anatómico- patológico y la automedicación en pacientes con apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa", 2019?</p>	<p>de riesgo para apendicitis aguda complicada, en el Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa", 2019.</p> <p>OE 3: Determinar si existe asociación entre el género y el desarrollo de apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa", 2019.</p> <p>OE 4: Establecer si existe asociación entre el estadio anatómico- patológico y la automedicación en pacientes con apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa", 2019.</p>	<p>H2: La automedicación es un factor de riesgo para apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", 2019.</p> <p>H3: Si existe asociación entre el género y el desarrollo de apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", 2019.</p> <p>H4: Si existe asociación entre el estadio anatómico- patológico y la automedicación en pacientes con apendicitis aguda complicada en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", 2019.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de enfermedad extrahospitalaria <p>Variable Dependiente:</p> <p>Apendicitis aguda complicada</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
--	---	---	--

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS
<p>- Nivel:</p> <p>Relacional</p> <p>- Tipo de Investigación:</p> <p>Observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles.</p>	<p>Población:</p> <p>Está conformada por todos los pacientes con el diagnóstico de apendicitis aguda complicada que se hayan atendido en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", 2019.</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <p>Pacientes de ambos sexos. Pacientes con el diagnóstico de apendicitis aguda complicada.</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <p>Pacientes con historias clínicas incompletas. Pacientes fallecidos o transferidos a otros hospitales.</p> <p>Tamaño de Muestra: Se contará con un total de pacientes de 132; un grupo de casos que estara conformado por 67 pacientes y nuestro grupo control conformado por 65 pacientes, obtenido a través de la fórmula de Herrera.</p> <p>Muestreo: Probabilístico</p>	<p>Técnica:</p> <p>Análisis documental</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Ficha de recolección de datos.</p>

