

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA MANUEL HUAMÁN GUERRERO
ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN



**FACTORES RETARDANTES QUE INFLUYEN EN CIRUGÍA DE
APENDICITIS AGUDA REALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE HUACHO, ENERO – JUNIO 2018.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN CIRUGÍA GENERAL**

PRESENTADO POR KATHERINE LIZZETTE CASTRO YBARRA

ASESOR

ERICK GARCÍA ANTÚNEZ DE MAYOLO, cirujano general, doctor en medicina

LIMA-PERÚ 2020

Índice

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

| | |
|---|----|
| 1.1 Descripción de la realidad problemática | 04 |
| 1.2 Formulación del problema | 06 |
| 1.3 Objetivos | 06 |
| 1.4 Justificación | 07 |
| 1.5 Delimitación | 08 |
| 1.6 Viabilidad | 08 |

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

| | |
|--------------------------------------|----|
| 2.1 Antecedentes de la investigación | 09 |
| 2.2 Bases teóricas | 13 |
| 2.3 Definiciones conceptuales | 19 |
| 2.4 Hipótesis | 19 |

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

| | |
|--|----|
| 3.1 Diseño | 20 |
| 3.2 Población y muestra | 21 |
| 3.3 Operacionalización de variables | 23 |
| 3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos | 27 |
| 3.5 Técnicas para el procesamiento de la información | 27 |
| 3.6 Aspectos éticos | 28 |

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

| | |
|----------------|----|
| 4.1 Recursos | 29 |
| 4.2 Cronograma | 31 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| 4.3 Presupuesto | 32 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 33 |
| ANEXOS | 40 |
| 1. Matriz de consistencia | 41 |
| 2. Formulario de recolección de datos | 43 |

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. Descripción de la realidad problemática.

La apendicitis aguda es la más frecuente enfermedad inflamatoria que precisa un procedimiento quirúrgico de urgencia y es el primer pensamiento que tiene el cirujano cuando evalúa un paciente con síndrome doloroso abdominal. (1)

Según estadísticas mundiales la apendicitis aguda sigue siendo la principal causa de abdomen quirúrgico que atienden en hospitales de nuestro país, es la primera enfermedad prevalente que requieren intervención quirúrgica inmediata como tratamiento standard recomendado. (2)

Algunas publicaciones revelan cifras entre 10 – 55 casos por 10 000 habitantes por año, incluidos países pobres y ricos, con una tasa de mortalidad de 8 a menos de 1 por 100 000 habitantes y una tasa de mortalidad por apendicitis no perforada menor del 1%, pudiendo alcanzar el 5% en lactantes y ancianos. (3)

Asimismo, estudios señalan que el 7% – 12% de la población mundial (1 de cada 15 personas) desarrollará cuadros de apendicitis aguda en algún momento de su vida, en una relación varón mujer de 3/2, un riesgo de padecerla entre 15% – 20% y más frecuentemente entre los 10 – 35 años. (4)

Debido a distintos diagnósticos diferenciales y al existir cuadros clínicos variables o sintomatología atípica, la exploración del paciente debe ser sistemática y general, teniendo presente la anatomía, fisiología y clínica para obtener un correcto diagnóstico y tratamiento. (5)

El propósito de un diagnóstico temprano es la instauración del tratamiento quirúrgico inmediato para extirpar el apéndice inflamado antes de la perforación, lo que ocurre dentro de las 36 horas. aproximadamente en adultos y adolescentes, y en niños entre las 8 – 24 horas. (6), por tanto, la demora en el diagnóstico e instauración del tratamiento quirúrgico incrementan la morbimortalidad relacionada a perforaciones (90%) y complicaciones importantes (60%) (abscesos, fistulas enterocutáneas, infección de herida operatoria, fascitis necrotizante, sepsis, neumonía intrahospitalaria,

íleo paralítico, etc.), generando consiguientemente mayores costos en la atención de salud y estancias hospitalarias más largas (7).

De otro lado, estudiosos del tema abordaron las causas del retraso diagnóstico de 72 horas a más, precisando que la gravedad del cuadro de apendicitis aguda y sus complicaciones aumentan conforme transcurre el tiempo de evolución de la enfermedad (desde el inicio de los síntomas hasta el momento de la intervención quirúrgica) (8) y señalan como factores condicionantes de la demora al diagnóstico errado, la demora en la atención e ingreso a sala de operaciones, la automedicación, la situación socioeconómica, inaccesibilidad geográfica, etc. (9)

No obstante, en nuestro medio son escasos los trabajos de investigación nacionales y locales, y muy alta la incidencia de casos de apendicitis aguda, por lo que resulta importante e imprescindible conocer e identificar los principales factores de riesgo que condicionan el retraso del tratamiento quirúrgico en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital Regional Docente de Huacho, y más aún determinar si dicha demora deviene de origen extra o intrahospitalario, los factores que son atribuibles al paciente, cuáles a los servicios de salud, el porcentaje de intervenciones quirúrgicas tardías, el tiempo de evolución promedio transcurrido. entre otros.

1.2. Formulación del problema

¿ Cuáles son los factores retardantes que influyen en cirugía de apendicitis aguda realizadas en el Hospital Regional Docente Huacho, enero – junio 2018?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Identificar los factores retardantes que influyen en cirugía de apendicitis aguda realizadas en el Hospital Regional Docente Huacho, enero 2018 – junio 2018

1.3.2. Objetivos Específicos.

- Identificar las características epidemiológicas de la población en estudio.
- Determinar el porcentaje de pacientes que fueron operados tardíamente.
- Conocer el tiempo de evolución promedio transcurrido entre el inicio de los síntomas y la intervención quirúrgica.
- Conocer si el origen de la demora en el tratamiento quirúrgico en pacientes con apendicitis aguda resulta pre o intrahospitalario.
- Describir factores dependientes del paciente que retardan la intervención quirúrgica.
- Describir factores dependientes del prestador de servicios de salud que retardan la intervención quirúrgica.
- Conocer factores que retardan la intervención quirúrgica en el grupo de apendicitis aguda no complicada y complicada.

1.4. Justificación de Estudio.

Debido a la alta incidencia de apendicitis aguda en el Hospital Regional Docente Huacho, el objetivo principal de este estudio es identificar y conocer factores que retardan el procedimiento quirúrgico en los pacientes, puesto que las complicaciones generadas a causa de esta demora, incrementan su morbimortalidad, y consiguientemente ocasionan un enorme gasto presupuestal en salud, así como un elevado coste a nivel personal, familiar y social, que bien y no obstante, por las características de la enfermedad, existirían posibilidades de evitarlas y/o prevenirlas.

En este sentido, desde una perspectiva investigativa descriptiva y fundamentalmente tomando en cuenta que la apendicitis aguda es un motivo de intervención quirúrgica frecuente en este hospital y existen escasas investigaciones nacionales sobre este tema, resulta de vital importancia, instaurar esta línea de investigación y establecer un referente nacional, para orientar la toma de decisiones clínicas y el abordaje oportuno en el manejo quirúrgico de la apendicitis aguda, basados en la mejor evidencia científica disponible, estadísticas locales e información actualizada, que dentro de este contexto, se pondrán además a disposición de los profesionales cirujanos y multidisciplinarios de salud del mismo hospital.

De otro lado, la investigación no solo profundizará en el conocimiento médico general, sino que permitirá a su vez, establecer convenientemente estrategias y medidas de control sanitarias encaminadas a disminuir su elevada morbimortalidad, contribuyendo así al bienestar de las personas y las comunidades, que son la razón central y de ser de los servicios de salud.

La relevancia social de la presente investigación, recae sobre los directos beneficiarios del estudio, que son los propios pacientes y el equipo de profesionales médicos y de salud involucrados.

Finalmente, nuestros resultados al ser publicados, servirán como precedente para la realización de otros estudios similares en otras poblaciones de nuestro país, y poder analizarlos y detectar estos y otros factores que incidan en la demora del tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda y sus consecuencias.

1.5. Delimitación.

La presente investigación identificará factores retardantes que influyen en cirugía de apendicitis aguda realizadas en el Hospital Regional Docente Huacho, entre 01 de enero y 30 de junio del 2018, por medio de sus historias clínicas.

1.6. Viabilidad.

Una vez aprobado el proyecto de investigación por la Escuela Académico Profesional de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, se solicitará la autorización de la dirección general, de la oficina de estadística e informática y de la unidad de archivo de historias clínicas del Hospital Regional Docente de Huacho.

Con los permisos pertinentes, se procederá a la identificación de las historias clínicas de la base de datos de la oficina de estadística e informática del hospital para su revisión documental posterior.

La totalidad de los gastos generados, el presupuesto y financiamiento para la realización del presente estudio corren a cargo de la investigadora. Ninguna entidad pública, ni privada patrocina su realización.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.

Vargas Santisteban (México – 2009). Determinó los factores que retardan la cirugía de apendicitis aguda en el Hospital Civil Fray Antonio León Alcalde de Guadalajara. participaron 78 pacientes con diagnóstico pre y postoperatorio. Refieren que las horas de evolución desde iniciado los síntomas hasta la cirugía fue de 64.6 horas, siendo 44% intervenido pasando las 48 horas, el 77% de pacientes fueron examinados por un médico antes de ingresar a la emergencia del hospital, 24 pacientes (40%) se hizo el diagnóstico correcto de apendicitis y en 32 (53%) el diagnóstico estuvo errado; el 98% recibió fármacos recetados o se automedicaron. Se concluyó que tanto el error en el diagnóstico como la automedicación retardaron la intervención quirúrgica. (10)

Velásquez y col. (Chile – 2010). En un estudio observacional, prospectivo, longitudinal, cuyo objetivo fue determinar si la premedicación es un factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda en un total de 56 pacientes ingresados al servicio de urgencias del Hospital Clínico Norberto Arriarán, 32 (57,1%) de sexo masculino y 24 de sexo femenino (42,9%) y que, a efectos de compararlos fueron divididos en grupos: los no medicados fueron 23 pacientes (41,1%) y los medicados fueron 33 (58,9%) pacientes. Como resultados se obtuvo que el tiempo de la actitud quirúrgica con respecto al inicio de los síntomas fue menor en los pacientes no medicados a comparación de los medicados. Concluyéndose que la pre medicación se asocia al retraso en la intervención quirúrgica en la apendicitis aguda. (11)

Mendoza Viollaz (Argentina – 2011). En este estudio del tipo observacional, prospectivo, sin grupo control, se determinaron factores retardantes en la cirugía de apendicitis aguda en el Hospital José de San Martín de Buenos Aires, teniendo diferentes variable, se estudiaron 78 pacientes con diagnóstico pre y postoperatorio de apendicitis aguda, obteniendo los siguientes resultados: 18 (23%) fueron diagnosticados con otra enfermedad con respecto al diagnóstico preoperatorio, 12

(16%) tuvieron apéndice sin alteración significativa y 6 (7,6%) fueron falsos negativos, 60 pacientes (77%) consultaron un médico antes de ingresar al hospital y el 98% recibió fármacos recetados o se automedicaron; en 24 (40%) el diagnóstico fue correcto y en 32 (53%) estuvo errado. El tiempo promedio entre iniciado el dolor y la cirugía fue 64.6 horas (2.7 días) y el 44% tuvo cirugía pasada las 48 horas; 50 (64%) fueron apendicitis complicadas y 6 (7,6%) tuvieron peritonitis generalizada, obteniendo un promedio de 76 horas = 3.29 días. El promedio sobre el tiempo prequirúrgico en los hombres fue de 2.2 días y de las mujeres fue de 3.2 días. (12)

Granados F., Sifuentes P., Torres B. (Ecuador – 2011). En un estudio en el departamento de cirugía del Hospital Vicente García Regal, se estudiaron 117 pacientes para establecer los factores que retrasan el diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda, de febrero a julio del 2010. De los resultados se tuvo que el 63,5% de los pacientes vivían en el área urbana, 72 pacientes (61,5%) correspondieron al sexo femenino y 45 al masculino (38,5%). Como factor de riesgo que retrasa la apendicectomía encontraron la automedicación con 2.4 veces más riesgo de presentar complicaciones, siendo los más consumidos los espasmolíticos con 35% y los AINES con 26,5%. La media del tiempo de evolución fue 29.3 horas y 35% hubo error de diagnóstico. Dicho estudio llegó a la conclusión los factores que retrasaron el diagnóstico y tratamiento quirúrgico fue la automedicación y mal diagnóstico en consulta. (13)

Norabuena C., Torres R., Barreda P. (Chile – 2011). Realizaron un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo, desde enero 2010 a enero 2011, con el objetivo de determinar la asociación entre la premedicación, retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico en personas atendidas en el Hospital Universitario PUCCH que recibieron premedicación vs. no premedicación, analizando varios datos. Obtuvieron como resultados que la premedicación aumenta el tiempo de diagnóstico y tratamiento quirúrgico a diferencia de los no premedicados (valor $p < 0.0007$), y también de triplicar el riesgo de complicaciones (OR ajustado: 3.6 IC: 2.1 – 6.54; valor $p < 0.001$); y al incremento en los días de hospitalización > 3 días en el grupo

premedicados vs. en el grupo no premedicados (valor $p < 0.001$). La premedicación es un factor retardante en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico, relacionándose con un porcentaje mayor de apendicitis complicadas.(14)

Cabrejos P., Novoa E., Iyo S., Román R. (Perú – 2012). En un estudio retrospectivo en el Hospital de Apoyo de Chachapoyas durante un período de 5 años con diagnóstico post quirúrgico de apendicitis aguda intervenidos tardíamente, identificaron principales factores que condicionaron la demora del manejo quirúrgico a través de la revisión de sus historias clínicas, estudiando 108 pacientes, de los cuales 41 (38%) fueron intervenidos tardíamente. En 19 (47%) el retraso se atribuyó al paciente mismo y en 22 (53%) a los prestadores de los servicios de salud. El estudio concluye la existencia de un alto porcentaje de retraso de 72 horas o más desde el inicio de los síntomas hasta la operación, y que los factores que condicionan la demora corresponden al propio paciente que no acude a un centro de salud y a las dificultades sociodemográficas para su traslado e ingreso. (15)

Tejada Benítez (Colombia – 2013). El objetivo de su estudio fue determinar los factores retardantes de la cirugía por apendicitis aguda de 352 pacientes en el Hospital Universitario Departamental de Nariño. Siendo el 34% tuvo apendicitis aguda complicada de los cuales el 60,8% se automedicó, un 36,5% tuvieron error diagnóstico, 67,6 % provenían de localizaciones geográficas lejanas; el retardo extrahospitalario fue de 56.4hs y el retardo intrahospitalario fue de 12.5 horas. Se llegó a la conclusión que la automedicación, el error en el diagnóstico y la lejanía geográfica, fueron responsables en el retardo de la cirugía por apendicitis aguda. (16)

Corimanya Quispe (Bolivia – 2014). Se estudió a 118 pacientes con apendicitis aguda en el Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, en donde el 43,3% de las apendicitis perforada tuvo un tiempo de enfermedad de 72 horas y el 7,9% presentaron apendicitis no complicadas, sin embargo no hubo una relación estadísticamente significativa en las complicaciones con respecto al tiempo de hospitalización prolongada. El 46,4% tuvo una duración de síntomas mayor a 48 horas; la media de

espera para la intervención quirúrgica fue 5 horas y después de su admisión a emergencia fueron operadas dentro de las primeras horas tanto las apendicitis perforadas como no perforadas, no hubo asociación estadísticamente significativa en el tiempo de espera y complicaciones postoperatorias. La duración de síntomas y el retraso en la intervención quirúrgica fueron por la negación de los mismos pacientes y al error diagnóstico inicial, el estudio no enfatizó las razones por las cuales los pacientes condicionaron su demora, sin embargo el 47% fue por el retraso en buscar atención médica, otro factor fue la dificultad geográfica del establecimiento de salud de esta región, siendo 80% de los pacientes provenientes de periferia, los cuales fueron operados tardíamente (17).

Guio Aguirre (Ecuador – 2016). En un estudio de diseño transversal, en una muestra de 155 pacientes atendidos en el Hospital de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, identificaron factores retardantes en la cirugía de apendicitis aguda, entre julio 2015 y diciembre 2015, obtuvo como resultados que el 27% se encuentran comprendidos entre 14 y 20 años, el 51% viven en zona rural, 49% presentaron apendicitis aguda complicada, el 0.6% presentó error en el diagnóstico y el 69% ingresó al quirófano pasadas 6 horas desde su admisión a emergencia. La automedicación con AINES en un 75,9% ($p = 0.013$) y la demora extrahospitalaria en 28.7 horas ($p = 0.001$) con un intervalo de 12 a 24 horas; fueron factores que retrasaron el tratamiento quirúrgico; no fue estadísticamente significativo la ubicación geográfica, el error diagnóstico y demora intrahospitalaria ($p = 0.720$, $p = 0.078$ y $p = 0.309$ respectivamente). Se llega a la conclusión que la automedicación y la demora extrahospitalaria retrasan el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda. (18)

Aguilar Dextre (Perú – 2016). Es un estudio para determinar factores retardantes en el diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda complicada, incluyó a todos los pacientes con este diagnóstico, fueron tratados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, desde enero a diciembre del 2015, encontrándose elementos de retraso al sexo masculino, al grupo etario de 14 a 34 años, educación secundaria hasta superior completa y vivir en zonas urbanas (88%); la automedicación fue en un 44% de los

pacientes, en el 86% de los casos la evolución de la enfermedad fue mayor de 24 horas y el 44% tuvieron error diagnóstico al ingresar a emergencia. Las conclusiones señalan que los factores de retraso en el diagnóstico y tratamiento fueron las edades de 14 hasta 34 años, sexo masculino, nivel de instrucción secundaria a superior completa, residencia urbana, la automedicación y el error de diagnóstico inicial, señalando asimismo el retraso en el diagnóstico y el tratamiento inoportuno conllevó a un tiempo de evolución mayor de 24 horas. (19)

2.2. Bases Teóricas.

La apendicitis aguda es la cirugía de urgencia más habitual y la principal causa de abdomen agudo quirúrgico a nivel mundial, siendo la primera enfermedad prevalente que son tratados en los servicios de cirugía de los hospitales de salud de nuestro país y del mundo. (20)

La apendicitis aguda puede presentarse en diferentes grupos etáreos y su incidencia se incrementa en la infancia, (21) alcanzando la cumbre entre los 10 y 30 años, para decaer a partir de la cuarta década. (22)

Una correcta evaluación del paciente con sospecha de apendicitis aguda es importante para el tratamiento oportuno. (23)

Fisiopatología

La fisiopatología inicia con la inflamación del apéndice, se produce una obstrucción proximal de la luz apendicular, provocando una obstrucción en asa cerrada, asociado a la secreción continua de la mucosa apendicular, genera una rápida distensión secundaria y aumento de la presión intraluminal. (24)

La capacidad luminal apendicular es 0.1 ml y sólo una secreción a 0.5 ml puede incrementar la presión intraluminal en aproximadamente 60 cm H₂O. (25)

La distensión del apéndice estimula terminaciones nerviosas de fibras viscerales aferentes de estiramiento, lo cual causa dolor sordo, vago y difuso ya sea en abdomen medio o epigastrio, hay estimulación del peristaltismo por la distensión súbita, sin embargo es posible de que al inicio puedan sobreponerse algunos cólicos al dolor visceral. (26)

El proceso bacteriano en el apéndice causa una distensión de esta de forma rápida, agregándose la secreción mucosa, conlleva a distender más la luz apendicular, aumenta la presión venosa y linfática, como consecuencia se cierran capilares y venas, el flujo arteriolar permanece invariable llevando a una ingurgitación y congestión vascular. (27)

Toda la distensión explicada puede causar náuseas y vómitos y aumentar el dolor visceral difusamente. (28) Al poco tiempo el proceso inflamatorio comprometerá serosa y peritoneo parietal de la zona, provocando la migración del dolor hacia el cuadrante inferior derecho. (29)

La mucosa del apéndice, es susceptible a un disminución del riego sanguíneo y como resultado se altera tempranamente su integridad, causando la colonización bacteriana e infartos en el borde antimesentérico. (30) Todo lo anterior descrito conlleva a una perforación que generalmente ocurre distalmente a la obstrucción. (31)

Etiología y Patogenia

La principal causa de la apendicitis aguda es la obstrucción apendicular debido a fecalitos o apendicolitos, hiperplasia linfoide, parásitos, residuos vegetales o semillas, neoplasias. (32)

Esta obstrucción beneficia la proliferación bacteriana y la secreción permanente de moco condiciona una distensión intraluminal y un aumento de la presión sobre las paredes, siendo el aumento de la presión intraluminal responsable del dolor visceral. (33) El aumento progresivo de la presión intrapendicular va ocluyendo su luz y por presión externa resulta en trombosis y obstrucción, primero comienzan los capilares linfáticos, luego los venosos y finalmente los arteriales, llevándolo primero a isquemia

luego a gangrena, posteriormente a necrosis y finalmente a perforación. (34) Ésta perforación conduce a peritonitis y aumenta la mortalidad del paciente. (35) La progresión de la apendicitis aguda se evita con la cirugía, ya que es infrecuente su recuperación espontánea. (36)

Cuadro Clínico.

El dolor abdominal es el síntoma principal de la apendicitis aguda. Es típico que al inicio el dolor es de forma difusa en epigastrio o periumbilical, de forma intensa, constante y a veces se presentan cólicos intermitentes. (37)

Entre las 1 a 12 horas (promedio 4 a 6 horas) el dolor migra a cuadrante inferior derecho, está descrito que también puede iniciarse en cuadrante inferior derecho y permanecer ahí; muchas veces la ubicación anatómica define la zona de dolor. (38)

En el 95% de los pacientes el primer síntoma es la anorexia, seguidamente de dolor abdominal y vómitos y en el 75% que presentan vómitos no son prolongados y generalmente son uno o dos episodios debido a la estimulación neural e íleo. (39) esta descrito que si los vómitos preceden al dolor, se puede descartar la un cuadro apendicular y debemos pensar en diagnósticos diferenciales. (40)

Algunos pacientes refieren constipación previo al dolor abdominal y en algunas veces puede haber diarrea en especial en los niños, por tal motivo la función intestinal tiene bajo valor predictivo. (41)

Los signos vitales varían poco en apendicitis aguda no complicada y las variaciones en la temperatura son pequeñas, sin embargo en las apendicitis complicadas puede haber una alteración en los signos vitales más significativamente. (42)

Las diferentes variaciones anatómicas del apéndice dan lugar a hallazgos inusuales al explorar un paciente, por ejemplo: en pacientes con apéndice retrocecal existe dolor a nivel de los flancos o la espalda; en un apéndice pélvico hay dolor suprapúbico; un apéndice retroileal causa dolor testicular por irritación de la arteria espermática y el uréter. (43)

Cabe mencionar que en mujeres se debe realizar tacto vaginal para descartar diagnósticos diferenciales. (44)

Ayudas Diagnósticas.

Se solicita exámenes laboratoriales básicos, los cuales pueden ser normales o con leucocitosis y desviación izquierda; examen de orina, que puede ser normal o leucocituria debido a irritación del uréter en apéndices cercanas del mismo. (45)

En mujeres fértiles, se solicita prueba de embarazo (46), también pueden ser de ayuda diagnóstica la radiografía de abdomen, ecografía abdominal o ginecológica, que serán solicitadas según sospecha diagnóstica de cada paciente. (47)

Complicaciones.

- ✓ Perforación: una apéndice inflamada no se extrae, puede perforarse y diseminar bacterias que infecten los órganos de la cavidad abdominal. (48)
- ✓ Peritonitis focal: Peritonitis localizada en un determinado espacio de peritoneo; se origina un absceso periapendicular, pélvico o ambos. (49)
- ✓ Peritonitis difusa: O sepsis intraabdominal diseminada; las bacterias, toxinas y esfacelos invaden dos o más compartimientos abdominales. (50)
- ✓ Pileflebitis: Es la tromboflebitis séptica de la vena porta y sus ramas, debido a un foco infeccioso en su área de drenaje. (51)

Factores que retardan el tratamiento quirúrgico

Los pacientes con apendicitis aguda tiene una recuperación óptima después de la intervención quirúrgica, pero pueden ocurrir complicaciones si el tratamiento se retrasa. (52)

Las peritonitis y complicaciones severas ponen en peligro la vida del paciente, por ello la conducta frente a una apendicitis es la de una evaluación rápida y una intervención quirúrgica sin demoras. (53)

Entre los factores que retardan el tratamiento quirúrgico tenemos:

Automedicación.

Es el tratamiento de una enfermedad verdadera o imaginaria, con medicamentos sin prescripción médica, (54) este concepto incluye la adquisición de medicamentos de forma directa como en farmacias, boticas o indirecta es decir por medio de familiares, amigos o la utilización recetas con órdenes médicas previas a la patología actual. (55) Es una práctica habitual e incorrecta, condicionada por factores como el fácil acceso a los medicamentos sin receta médica, publicidad sesgada de la industria farmacéutica, bajo nivel sociocultural de salud, limitado acceso a los servicios de salud, entre otros, (56) todo este conjunto de factores ponen en grave riesgo tanto la salud y sus propias vidas, ya que interfiere en el diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades. (57)

Muchas veces el dolor abdominal con inicio dudoso, los pacientes se automedican acusando a una alteración gastrointestinal (58) y generalmente a sugerencia de familiares, amigos o consultan en las farmacias, ingieren enzimas digestivas, antibióticos o analgésicos antiespasmódicos que van a enmascarar el cuadro clínico, evitando de esta forma un examen físico fidedigno que oriente hacia un diagnóstico real o resolución quirúrgica. (59)

La automedicación trae consigo múltiples complicaciones, siendo la peritonitis generalizada la más frecuente, ya que dejan al cirujano con dudas, los signos y síntomas no son concluyentes y se incrementa el riesgo de mortalidad del paciente. (60)

Diagnóstico inicial erróneo.

Lo errores diagnósticos ocasionan eventos adversos, alcanzando hasta un 15% a 20%, no obstante la literatura médica es escasa en cuanto a esto se refiere. (61)

Existe la percepción equivocada que el diagnóstico de una enfermedad consiste en la explicación de la dolencia por parte del paciente hacia el médico, quien luego de examinar procede a diagnosticar y dar tratamiento con una prescripción de medicamentos, la adopción de determinado tratamiento o un procedimiento quirúrgico. (62) Esta apreciación, con respecto al médico, por desgracia es bien distinta e irreal. (63) El proceso diagnóstico y terapéutico, son un conjunto de procedimientos sustentados en un marco científico, producto del conocimiento y tecnología al servicio de la salud de las personas, que además requieren de un análisis individualizado de acuerdo a las circunstancias de cada paciente. (64)

En la práctica médica existen muchos factores desfavorables que inciden en los errores diagnósticos, como consultas superficiales y breves con el paciente; la escasa experiencia médica profesional; la poca fiable e irrelevante información en internet, que hace que muchas veces los médicos posean nada más que abundante información más allá de la necesaria para ser un buen médico y desencadena justamente en lo contrario. (65) Cabe señalar que los errores diagnósticos generalmente ocurren en las enfermedades más comunes. (66)

Demora extrahospitalaria.

Los pacientes con frecuencia no solicitan ayuda médica, por diferentes motivos como: evitar problemas, gastos familiares, esperan a finalizar jornadas labores y/o las tareas domésticas, inaccesibilidad geográfica o dificultades generadas por los servicios de medios de transporte hacia el hospital más cercano. (67)

Por otro lado, están las convicciones, prejuicios, actitudes, creencias, percepción de la gravedad de la enfermedad, por parte del paciente o de quienes lo acompañan y que por el contrario debieran actuar de inmediato y no esperar a que los síntomas remitan solos, o como en muchos casos preferir acudir a folclóricos, curiosos o chamanes . (68)

Demora intrahospitalaria

Como factores que influyen en la demora intrahospitalaria tenemos: la escases de recursos, insumos y materiales médico-quirúrgicos y de laboratorio, infraestructura e instalaciones inadecuadas y/o deficientes (emergencia, observación, SOP), falta de personal de salud debidamente capacitado y entrenado, demora y/o precaria atención integral oportuna y eficiente (emergencia, laboratorio, diagnóstico por imágenes, farmacia, etc.), trámites engorrosos (admisión, SIS, caja, copias etc.). (69)

2.3. Definiciones Conceptuales.

Factores dependientes del paciente: lejanía geográfica, la automedicación y demora extrahospitalaria.

Factores dependientes del prestador de servicios: diagnóstico inicial errado y demora intrahospitalaria.

Demora extrahospitalaria: Tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso a emergencia.

Demora intrahospitalaria: Tiempo desde el ingreso del paciente al hospital hasta la cirugía.

Tiempo de evolución: Tiempo desde el inicio de la sintomatología hasta la cirugía.

Cirugía tardía: de 72 horas o más desde el inicio de los síntomas hasta el acto operatorio.

Apendicitis aguda no complicada: etapas de apendicitis: congestiva y flemonosa.

Apendicitis aguda complicada: etapas de apendicitis: gangrenosa y perforada.

2.4. Hipótesis

Por ser el diseño de la investigación descriptiva no precisa la formulación de una hipótesis.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Estudio

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal.

3.2. Diseño de Investigación

Metodología Cuantitativa: Es cuantitativa porque cuantificará los datos usando magnitudes numéricas, herramientas informáticas y el análisis estadístico.

Estudio Observacional: Porque el investigador se mantendrá al margen de los acontecimientos ocurridos, o bien de la asociación entre los factores de riesgo y el evento final, es decir no existe manipulación de variables pues se observarán y describirán tal y como se presentan.

Diseño Descriptivo: Es descriptivo porque permitirá hacer la descripción o asociación causal, incluyendo la distribución, frecuencia, exposición a uno o varios factores de riesgo así como la enfermedad de interés.

Dimensión Temporal Retrospectivo – Transversal: Es retrospectivo porque la información será captada en el pasado y analizada en el presente, observando la manifestación del fenómeno (v. dependiente: Demora en el tratamiento quirúrgico) e identificando retrospectivamente sus antecedentes o causas (v. independientes: Factores de riesgo que retrasan el tratamiento quirúrgico). Es transversal porque recolectará los datos en un solo momento y tiempo único.

3.3.Población y Muestra.

3.3.1. Población.

En el Hospital Regional Docente de Huacho la cantidad total de pacientes operados por apendicitis aguda al año son 600 que sería el 100%, de las cuales durante los 6 meses de investigación del proyecto se operaron 300 que sería el 50%, siendo 150 pacientes con retraso en la intervención, que vendría a ser el 25% de la población en total, debido a la cantidad de pacientes, se decide estudiar a toda la población de pacientes intervenidos tardíamente por apendicitis aguda convencional o laparoscópica en el Hospital Regional Docente de Huacho, con hallazgos operatorios confirmatorios, durante el periodo enero 2018 – junio 2018.

3.3.2. Muestra.

En el Hospital Regional Docente de Huacho la muestra será la cantidad total de pacientes operados por apendicitis aguda al año son 600 que sería el 100%. Debido a la cantidad de pacientes, se decide estudiar a toda la población de pacientes intervenidos tardíamente por apendicitis aguda convencional o laparoscópica en el Hospital Regional Docente de Huacho, con hallazgos operatorios confirmatorios, durante el periodo enero 2018 – junio 2018.

Criterios de Selección.

Criterios de Inclusión

Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años y menores de 65 años, con hallazgos postoperatorios confirmatorios de apendicitis aguda.

Criterios de Exclusión.

Pacientes gestantes.

Pacientes inmunodeprimidos y/o con graves enfermedades crónicas.

Pacientes con hallazgos post operatorios negativos de apendicitis aguda u otros diagnósticos post operatorios.

Pacientes con deterioro cognitivo, retraso mental u otros trastornos.

Pacientes con historias clínicas incompletas.

Unidad de Análisis.

Se considerará como unidad de análisis las historias clínicas de los pacientes intervenidos tardíamente por apendicectomía convencional o laparoscópica en el Hospital Regional Docente de Huacho, con hallazgos operatorios confirmatorios de apendicitis aguda y que cumplieron los criterios de inclusión, durante el periodo enero 2018 – junio 2018.

3.3.3. Tamaño y Selección de la Muestra.

Por la cantidad de pacientes, se estudiará a la población en su totalidad.

3.4. Operacionalización de Variables.

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICIÓN | TIPO DE VARIABLE | CATEGORÍA O UNIDAD |
|-----------------------|---|---|---------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Edad. | Años transcurridos desde el nacimiento. | Años registrado en la historia clínica. | Razón Discreta. | Independiente Cuantitativa. | Años cumplidos. |
| Sexo. | Genero orgánico. | Genero señalado en la historia clínica. | Nominal Dicotómica. | Independiente Cualitativa. | Masculino. Femenino. |
| Lugar de Procedencia. | Zona geográfica de residencia/proveniencia | Procedencia señalada en historia clínica. | Nominal Dicotómica. | Independiente Cualitativa. | Urbana. Rural. |
| Lejanía geográfica. | Distancia de la zona de residencia/procedencia. | Distancia en horas. | Nominal Dicotómica. | Independiente Cualitativa. | Menor a 6 hrs. Mayor a 6 hrs. |

| | | | | | |
|---------------------------------|--|---|------------------------|-------------------------------|--|
| Automedicación prehospitalaria. | Medicamentos autoadministrados. sin prescripción médica | Medicamento registrado en la historia clínica. | Nominal Politómica. | Independiente Cualitativa. | AINES. Espasmolíticos. Antibióticos. Antiulcerosos. Otros. |
| Diagnóstico inicial errado. | Diagnóstico diferente a apendicitis aguda. | Diagnóstico preoperatorio en la historia clínica. | Nominal Dicotómica. | Independiente Cualitativa. | Si. No. |
| Demora extrahospitalaria. | Tiempo entre el inicio de los síntomas y el ingreso al hospital. | Tiempo en horas registrado en historia clínica. | Ordinal Politómica | Independiente Cualitativa. | Menos 24 hrs. 24 – 48 hrs. 49 – 72 hrs. Más de 72 hrs. |

| | | | | | |
|---------------------------|---|---|-----------------------|-------------------------------|---|
| Demora intrahospitalaria. | Tiempo transcurrido desde el ingreso al hospital y la cirugía. | Tiempo en horas registrado en historia clínica. | Ordinal Politémica | Independiente Cualitativa. | Menos de 2 hrs. 3 – 5 hrs. Más de 6 hrs. |
| Tiempo de evolución. | Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la intervención quirúrgica. | Tiempo en horas registrado en historia clínica. | Ordinal Politémica | Independiente Cualitativa. | Menos 24 hrs. 24 – 48 hrs. 49 – 72 hrs. Más de 72 hrs. |

| | | | | | |
|------------------------|--|--|---------------------|-----------------------------|--|
| Complicaciones. | Evolución de la apendicitis que provoca lesiones viscerales por un tratamiento tardío. | Hallazgos transoperatorios registrados en la historia clínica. | Ordinal Politómica. | Independiente Cualitativa. | Perforación. Peritonitis focal. P. generalizada. |
| Estancia Hospitalaria. | Días contados desde el ingreso hasta el egreso hospitalario. | Número de días de permanencia según historia Clínica. | Ordinal Politómica. | Independiente Cuantitativa. | Menos de 4 días. 4 – 10 días. Más de 10 días. |

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

Se solicitará la autorización de la dirección general y de la oficina de estadística e informática del Hospital Regional Docente de Huacho.

Se revisarán los reportes de la base de datos de la oficina de estadística e informática para la identificación de las historias clínicas de los pacientes operados de apendicitis aguda, desde el 01 de enero del 2018 al 30 de junio del 2018.

Seguidamente, se seleccionarán las historias clínicas de los pacientes intervenidos tardíamente por muestreo no probabilístico por conveniencia, según criterios de inclusión y exclusión.

Por último, se recabará la información contenida en las historias clínicas para el llenado correspondiente de la ficha de recolección de datos, que en su mayoría constan de preguntas cerradas con el fin de obtener información precisa para un adecuado manejo estadístico de los datos.

3.6. Procesamiento y Análisis de Datos.

Los datos recolectados serán registrados en un formulario elaborado de acuerdo a las variables del estudio e ingresados a una hoja de cálculo del programa Excel® 2017 y procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 25 de IBM en español.

Se empleará la estadística descriptiva para la distribución por frecuencias, porcentajes, promedios, máximo, mínimo y desviación estándar.

3.7. Aspectos Éticos.

El presente estudio se sustentará en los principios éticos, normas rectoras y procedimientos vigentes de la investigación clínica que garantizan la seguridad y confidencialidad de la información.

Para respetar dicha confidencialidad, se procederá de acuerdo a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964, adaptada a su última enmienda en 2004, el marco legal vigente de la Constitución Política del Perú – Art. 18, así como la Ley General de Salud N° 26842.

Bajo ninguna justificación los datos registrados en las historias clínicas serán de dominio público, siendo el autor el único responsable del manejo de la información como de la confidencialidad del paciente.

La bibliografía será correctamente seleccionada y clasificada extrayéndose las informaciones más relevantes y actualizadas. Todas las aportaciones extraídas de bibliografías y bases de datos reservarán los derechos de autor.

CAPITULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA.

4.1. RECURSOS

4.1.1. RECURSOS HUMANOS.

Asesor del proyecto de investigación.

Personal administrativo y docente de la Universidad Ricardo Palma.

Personal que labora en el Hospital Regional Docente de Huacho.

Investigadora.

Profesional estadístico.

Personal de multiservicios, impresión, fotocopiado, empastado, etc.

4.1.2. RECURSOS MATERIALES.

Memoria USB.

Cd regrabable.

Papel bond A 4.

Cuaderno.

Folder manila.

Lapiceros.

Borrador.

Lápiz.

Resaltador.

Engrapador.

Grapas.

Perforador.

Reglas.

Impresión.

Fotocopias.

Espiralado.

Internet.

4.2. CRONOGRAMA

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE PROYECTO DE INVESTIGACION DEL AÑO 2018 | | | | | | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ACTIVIDADES | ENE.18 | FEB.18 | MAR.18 | ABR.18 | MAY.18 | JUN.18 | JUL.18 | AGO.18 | SET.18 | OCT.18 |
| Recolección bibliográfica. | | | | | | | | | | |
| Elaboración y redacción del proyecto. | | | | | | | | | | |
| Proceso de aprobación del proyecto. | | | | | | | | | | |
| Revisión de instrumentos y prueba piloto. | | | | | | | | | | |
| Recolección de datos. | | | | | | | | | | |
| Análisis e interpretación de datos. | | | | | | | | | | |
| Elaboración del informe final. | | | | | | | | | | |
| Presentación de proyecto final | | | | | | | | | | |

4.3. PRESUPUESTO.

| DESCRIPCIÓN Y/O SERVICIOS | CANTIDAD | P. UNITARIO | TOTAL |
|---------------------------|----------|-------------|------------------|
| Memoria USB. | 1 | s/.50.00 | s/.50.00 |
| Cd regrabable. | 3 | s/.2.00 | s/.6.00 |
| Papel bond A 4. | 200 | s/.10.00 | s/.20.00 |
| Cuaderno. | 1 | s/.5.00 | s/.5.00 |
| Folder manila. | 4 | s/.0.50 | s/.2.00 |
| Lapiceros. | 5 | s/.1.00 | s/.5.00 |
| Borrador. | 1 | s/.1.00 | s/.1.00 |
| Lápiz. | 1 | s/.1.00 | s/.1.00 |
| Resaltador. | 2 | s/.1.00 | s/.2.00 |
| Engrapador. | 1 | s/.10.00 | s/.10.00 |
| Grapas. | 1 | s/.5.00 | s/.5.00 |
| Perforador. | 1 | s/.5.00 | s/.5.00 |
| Reglas. | 1 | s/.10.00 | s/.10.00 |
| Impresión. | 50 | s/.0.50 | s/.25.00 |
| Fotocopias. | 150 | s/.0.30 | s/.15.00 |
| Espiralado. | 3 | s/.10.00 | s/.30.00 |
| Internet. | 1 | s/.50.00 | s/.50.00 |
| | | | |
| TOTAL | | | s/.242.00 |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. López, Leila; Antúnez, Jesús. Apendicitis Aguda: Incidencia y Factores Asociados. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. Revista Horizonte Médico. 2014 Junio – Septiembre; 11(1).
2. Bueno A, Fernández J, Infantes R. Nuevos Paradigmas en el Manejo de la Apendicitis Aguda. Revista Cirujano General. 2015 Abril – Julio; 30(2).
3. Lizarzaburo Palma J. Apendicitis: Una Nueva Mirada a un Viejo Problema. In Conferencia Médica del Sur; 2014; Madrid – España. p. 46.
4. Castillo Paredes E. Epidemiología de la Apendicitis Aguda en el Perú 2010 – 2011. Tesis de Pregrado. Lima – Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2012.
5. Ortiz de Landázuri F. Apendicitis Aguda: Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento. In Izardui J, editor. Apendicitis Aguda. Madrid: Asturias; 2017. p. 132 – 133.
6. Moore Vans K. Diagnosis of Appendicitis: History and Physical Examination. 2nd ed. Overview J, editor. Canadá: Emedicine edit; 2013.
7. Milanessi Thomsen A. Dolor Abdominal: Guía para el Diagnóstico. In Padilla B, editor. Tratado de Patología Quirúrgica. Buenos Aires – Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 314 – 315.
8. Chavarri Muñoz A. Perfil de Atención de la Patología Apendicular: Análisis de 224 Pacientes. Tesis de Especialización en Cirugía. Veracruz – México: Hospital Hernández Novoa, Servicio de Urgencias; 2012. Report No.: ISBN 12776530.
9. Rodríguez Blanco R. Apendicitis: El Valor Diagnóstico Temprano. In Del Castillo M, editor. Apendicitis Aguda Complicada. Estrasburgo: Ed. Médica Española; 2017. p. 178 – 179.
10. Vargas Santisteban E. Apendicitis: Factores que Influyen en el Retraso del Tratamiento. Revista de Gastroenterología de México. 2009 Mayo – Julio; 11(4).

11. Velásquez y col. Premedicación: Factor de Retraso en el Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de la Apendicitis Aguda. Revista Chilena de Sanidad Militar. 2010 Julio – Septiembre; 23(2).
12. Mendoza Viollaz A. Factores que Retrasan el Diagnóstico y Tratamiento de la Apendicitis Aguda. In Conferencia Médica Argentina de Cirugía; 2011; Mar del Plata. p. 39 – 45.
13. Granados F, Pablo S, Bryam T. Factores Asociados al Retraso en el Diagnóstico y Tratamiento de la Apendicitis Aguda. Tesis de Pregrado. Durán – Ecuador: Hospital Vicente García Regal, Departamento de Cirugía; 2011.
14. Norabuena César; Torres Jhon; Barreda Paul. Premedicación: Retraso Diagnóstico y Tratamiento de la Apendicitis Aguda. Tesis de Postgrado. Santiago de Chile: Hospital Universitario PUCCH, Servicio de Cirugía; 2011. Report No.: ISBN 00281176.
15. Cabrejos, P; Novoa, E; Iyo, S; Román R. Factores Causantes y Consecuencias de la Demora en el Tratamiento Quirúrgico de Pacientes con Apendicitis Aguda en el Hospital de Apoyo de Chachapoyas – Perú entre 1995 y 2000. Revista Med Hered. 2012 Abril; 12(6).
16. Tejada Benítez C. Factores que Retrasan el Diagnóstico y Tratamiento de la Apendicitis Aguda. Tesis de Pregrado. Nariño – Colombia: Hospital Universitario Departamental de Nariño, Servicio de Urgencias; 2013.
17. Corimanya Quispe R. Asociación entre el Retraso Quirúrgico de la Apendicitis Aguda y sus Complicaciones. Tesis de Postgrado. La Paz – Bolivia: Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, Unidad de Gastroenterología; 2014.
18. Guio Aguirre M. Apendicitis Aguda y Factores que Retrasan el Tratamiento Quirúrgico. Tesis para optar el Título de Cirujano Especialista. Ecuador: Hospital de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, Departamento de Cirugía; 2016.
19. Aguilar Dextre A. Retraso Extra e Intrahospitalario en el Tratamiento Quirúrgico de la Apendicitis Aguda. Revista Peruana de Gastroenterología. 2016 Agosto – Noviembre; IV(3).

20. Asociación Mexicana de Cirugía. Tratado de Cirugía General: Capítulo 34 Apendicitis. Tercera ed. Interamericana G, editor. México D.F.: Manual Moderno; 2008.
21. Pearl Hale D. Pediatric Appendectomy. II ed. Clinics S, editor. North America: J Ped Surgeon; 2005.
22. Rothrock Spagane J. Acute Appendicitis in Children. In Surg A, editor. Emergency Department Diagnosis and Management. Miami: Ann Emerg Med; 2000. p. 50.
23. Counselman Frendick N. Gastrointestinal Emergencies Part II. In Makensi J, editor. Emergency Medicine Clinics. San Diego California: N Engl J Med; 2011. p. 97.
24. Salcedo Sanchez E. Apéndice y Apendicectomía. In Zinner M, editor. Cirugías Abdominales. Maracaibo Venezuela: Manual Moderno; 2009. p. 455.
25. Ramos Salas D. Fisiopatología Quirúrgica: Apendicitis Aguda. Sexta ed. Baez F, editor. Montevideo – Uruguay: Marban; 2010.
26. Gutierrez Ríos H. Dolor Abdominal Agudo y Apendicitis. In Martínez L, editor. Manual de Cirugía. Buenos Aires – Argentina: Panamericana Mc Graw-Hill; 2008. p. 466.
27. Gónzales Calderón N. Apendicits Aguda: Fundamentos para la Práctica Clínica Quirúrgica. Segunda ed. Javier N, editor. Bogotá: Medica Alfil; 2015.
28. Sanchez Egúsquiza S. La Cirugía de Urgencia en el Abdomen Agudo. El País. 2017 Marzo: p. 31.
29. Dwigth Yeder M. Abdomen Agudo y Obstrucción Intestinal. In Principios y Prácticas de Cirugía; 2014; Panamá. p. 43.
30. Cinalli Souza B. Apendicits Aguda: Una Revisión Bibliográfica. Revista Médico Científica de Costa Rica. 2014 Marzo; 29(1).
31. Hinseck Buscard W. Ostruction of the Appendix Lumen in Relation to Pathogenesis. In Health and Patologic Basics; 2011; New York. p. 98.

32. Instituto Mexicano del Seguro Social. Apendicitis Aguda: Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones. Guía de Referencia. México: IMSS Universidad del Valle, Departamento de Cirugía; 2015. Report No.: 26: 192.
33. Consejo de Salubridad de Buenos Aires. Diagnóstico de Apendicitis Aguda. Guía de Diagnóstico. Argentina: Hospital Provincial de Zárate, Secretaria de Salud Pública; 2013.
34. Hartman Addis P. Evidence Based Definition for Perforated Appendicitis. In Surg A, editor. Acute Appendicitis. St. Louis: J Mosby ; 2000. p. 215.
35. Amejeiras Bravo C. Apendicitis Aguda: Clasificación Diagnóstico y Tratamiento. Quinta ed. Camarena G, editor. Bogotá – Colombia: Médica Panamericana; 2013.
36. Bordonaba Comelli L. Apendicitis Crónica y/o Apendicitis Recurrente. Revista Argentina de Cirugía. 2000 Octubre; 29(3).
37. Guerrero Montoro S. Apendicitis Aguda: Consideraciones Clínicas, Quirúrgicas y Anatomopatológicas. Tesis Doctoral. Lima: Hospital Santa Rosa, Departamento de Cirugía; 2012.
38. Ezequiel Gaspar Á. Apendicitis Aguda: Guía para el Manejo de Urgencias. Revista de Medicina y Cirugía del Ecuador. 2017 Mayo – Julio; 29(5).
39. Gilmore Hansen R. Acute Appendicitis. In Surgery C, editor. Gastrointestinal Emergencies. Miami – Florida: Universal Medical; 2012. p. 165.
40. Alvarado Mendez A. Abdomen Agudo. Revista Chilena de Cirugía. 2015 Mayo – Agosto; 19(7).
41. Santos Ruiz R. Diagnóstico Positivo de la Apendicitis Aguda: Riesgos y Errores. Revista Uruguaya de Cirugía General. 2014 Abril; 20(7).
42. Villafan Cano H. Patología Quirúrgica: Abdomen Agudo. Cuarta ed. Liberia M, editor. Montevideo: El Ateneo; 2010.
43. Luque Nuñez del Arco F. Posición Apendicular en la Patogenia de la Apendicitis Aguda. In Centromed A, editor. Tratado de Patología Quirúrgica. Barcelona: Interamericana; 2015. p. 102.

44. Morris D'Franke H. Clinical Evaluation of Acute Apendicitis. American Journal of Surgery. 2012 February: p. 56.
45. Burlando Améndola S. Valor del Laboratorio en el Diagnóstico de Apendicitis Aguda. Bioquímica, Medicina y Cirugía. 2011 Setiembre; 26(9).
46. Hollbeck Stephenn M. Appendicitis in Pregnancy: Diagnosis, Management and Complications. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2011 September: p. 72.
47. Del Castillo Basterra A. Diagnóstico Radiológico de Apendicitis Aguda. In Asunta J, editor. Diagnóstico por Imágenes. Estrasburgo: InterOceánica; 2015. p. 186.
48. Gonzáles Mori A. Complicaciones de la Apendicitis Aguda: Diagnóstico y Tratamiento. Revista Chilena de Cirugía. 2011 Agosto; 10(6).
49. Herrada Farromeque D. Factores Asociados a la Perforación Apendicular en Pacientes con Apendicitis Aguda. Rev. Médica de Cirugía de Santo Domingo. 2014 Junio; 20(5).
50. Tsai Chang A. Early Versus Delayed Appendectomy Comparison Outcomes. American Journal of Surgery. 2011 September: p. 86.
51. Contreras Infante S. Pileblebitis Como Complicación del Proceso Inflamatorio Abdominal. Rev Hosp Jua Mex. 2010 Marzo – Junio; 79(11).
52. Lee Soo H. Appendectomy Timing: Will Delayed Surgery Increase the Complications. Chin Med Assoc. 2013 July; 38(7).
53. Drake Jhonson F. Time to Appendectomy and Risk of Perforation in Acute Appendicitis. Am Journal College Surgery. 2016 April: p. 85.
54. Federación Farmacéutica del Uruguay. Automedicación: Concepto y Perfil de los Usuarios. Gaceta Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. 2013 Noviembre – Diciembre; 6(34).
55. Bustíos Gebara O. Estrategias para Reducir los Riesgos de la Automedicación. Revista de la Facultad de Medicina y Hospital Clínico de Valladolid. 2009 Junio ; VI(3).

56. Gross Galarreta I. Automedicación y Creencias en Torno su Práctica. Revista Colombiana de Ciencias Farmacéuticas. 2016 Octubre; 14(5).
57. Organización Mundial de la Salud. Problem of Self Medication. In OMS Conferencia de Expertos de Nairobi; 2011; Kenia. p. 44 – 45.
58. Cabanillas Cueva E. Fármacos más Comunes en la Automedicación. Trabajo de Tesis. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima; 2015.
59. Montoro Luna F. Automedicación en Problemas Gastrointestinales: Un Problema de Salud Pública. Revista de la Universidad Autónoma de Guadalajara. 2010 Noviembre; 13(9).
60. Tapia Alarcón A. Automedicación Asociado al Retraso en el Diagnóstico de Apendicitis Aguda. Tesis para Optar el Título de Cirujano Especialista. Pisco – Perú: Hospital San Juan de Dios, Departamento de Cirugía; 2016.
61. Alvarado Valentín M. Error de Diagnóstico y Responsabilidad Civil Médica. Tesis de Pregrado. Huancayo: Hospital Regional Docene Daniel Alcides Carrión, Departamento de Cirugía; 2011.
62. Méndez Durán W. Análisis de la Responsabilidad Médica Derivada de la Práctica. Rev. Medicina Legal. 2014 Marzo – Junio; 13(9).
63. Garibay Ochoa J. El Error en la Práctica Médica: Reflexiones Acerca de sus Causas, Matices y Desafíos. Revista de la Academia de Medicina de Cataluña. 2015 Febrero – Junio; 27(2).
64. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria. Guía. Valencia – España: Consellería de Sanitat Generalitat Valenciana, Área de Asistencia Sanitaria; 2017.
65. Oyarzabal Esparza A. Como Modifican la Relación Médico Paciente los Ordenadores en la Consulta. In Masson V, editor. Información, Conocimiento y Práctica Sanitaria: Los Profesionales Como Pieza Clave. Alicante: Grupo Paradigma; 2017. p. 237.

66. Riera Tirado G. La Atención Primaria: Evidencias, Experiencias y Tendencias en Clínica, Gestión y Política Sanitaria. Informe SESPAS. Barcelona: INSALUD, Cartera de Servicios de Atención Primaria; 2014.
67. Valerio Valenzuela D. Relación Entre la Demora Extrahospitalaria y el Diagnóstico de Apendicitis Aguda Complicada. Tesis Para Optar el Título de Especialista en Cirugía. Arequipa: Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Departamento de Cirugía; 2012.
68. Benicelli Mathías F. La Demora Extrahospitalaria en el Tratamiento Quirúrgico Como Factor de Complicación en Pacientes con Apendicitis Aguda. Revista Argentina de Cirugía. 2011 Julio; 27(8).
69. Jiménez Nivar A. La Demora Intrahospitalaria de la Intervención Quirúrgica y el Diagnóstico de Apendicitis Aguda Complicada. Revista del Centro Médico Naval del Ecuador. 2016 Enero Junio; 15(7).

ANEXOS.

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | METODOLOGÍA | ANÁLISIS DE DATOS |
|---|--|--|---|---|
| ¿Cuáles son los factores más frecuentes que retrasan el tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente de Huacho durante el periodo enero 2018 – junio 2018? | <p>General:</p> <p>Identificar los factores más frecuentes que retrasan el tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente de Huacho, durante el periodo enero 2018 – junio 2018</p> <p>Específicos:</p> <p>Identificar las características epidemiológicas de la población en estudio.</p> <p>Determinar el porcentaje de pacientes con apendicitis aguda que fueron intervenidos tardíamente.</p> <p>Conocer el tiempo de evolución promedio transcurrido entre el</p> | <p>Por ser el diseño de la investigación descriptiva no precisa la formulación de una hipótesis.</p> | <p>Tipo de Estudio:</p> <p>Observacional, descriptivo retrospectivo, transversal.</p> <p>Población.</p> <p>En el Hospital Regional Docente de Huacho la cantidad total de pacientes operados por apendicitis aguda al año son 600 que sería el 100%, de las cuales durante los 6 meses de investigación del proyecto se operaron 300 que sería el 50%, siendo 150 pacientes con retraso en la intervención, que vendría a ser el 25% de la población en total, debido a la cantidad de pacientes, se decide estudiar a toda la población de pacientes intervenidos tardíamente por apendicitis aguda convencional o laparoscópica en el Hospital Regional</p> | <p>V. Independientes: Edad, sexo, lugar procedencia, lejanía geográfica, tipos de apendicitis, automedicación, diagnóstico inicial errado, demora extrahospitalaria, demora intrahospitalaria, tiempo de evolución, complicaciones, estancia hospitalaria.</p> <p>Instrumento: Formulario de recolección de datos.</p> <p>Técnicas:</p> <p>Autorización de la Dirección</p> |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | <p>inicio de los síntomas y la intervención quirúrgica.</p> <p>Conocer si el origen de la demora en el tratamiento quirúrgico en pacientes con apendicitis aguda resulta pre o intrahospitalario.</p> <p>Describir los factores dependientes del paciente que retrasan el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda.</p> <p>Describir los factores dependientes del prestador de servicios de salud que retrasan en tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda.</p> <p>Conocer los factores que retrasan el tratamiento quirúrgico en el grupo de los pacientes con apendicitis aguda complicada y el grupo los pacientes con apendicitis aguda no complicada.</p> | | <p>Docente de Huacho, con hallazgos operatorios confirmatorios, durante el periodo enero 2018 – junio 2018.</p> <p>Unidad de Análisis: Historias clínicas de los pacientes intervenidos tardíamente por apendicectomía convencional o laparoscópica en el Hospital Regional</p> <p>Docente de Huacho, con hallazgos operatorios confirmatorios de apendicitis aguda y que cumplieron los criterios de inclusión.</p> <p>Muestra: Se trabajará con el 100% de la población.</p> <p>Muestreo: No probabilístico por conveniencia, según criterios de inclusión y exclusión.</p> | <p>Revisión base de datos del Hospital.</p> <p>Selección historias clínicas.</p> <p>Procesamiento: Programa Excel® 2017 y paquete estadístico SPSS versión 25 de IBM español.</p> <p>Análisis: Se empleará la estadística descriptiva.</p> |
|--|---|--|---|--|

ANEXO 02: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

DATOS DEL PACIENTE:

Edad. ----- Sexo. -----
Procedencia – residencia. ----- Distancia en hrs. -----
Fecha de ingreso. ----- Fecha de egreso. -----

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN. Menos de 4 días. ()
4 – 10 días. ()
Más de 10 días. ()

AUTOMEDICACIÓN. (Si) (No) AINES ()
Espasmolíticos. ()
Antiulcerosos. ()
Antibióticos. ()
Otros. ()

DIAGNÓSTICO:

Diagnóstico preoperatorio. -----
Diagnóstico postoperatorio. -----

Difiere el Dx. preoperatorio del Dx. Postoperatorio. (Si) (No)

DEMORA EXTRAHOSPITALARIA:

Inicio de los síntomas. Fecha. ----- Hora. -----
Admisión emergencia. Fecha. ----- Hora. -----

En horas:

Menos 24 hrs. () 24 – 48 hrs. ()
49 – 72 hrs. () Más de 72 hrs. ()

DEMORA INTRAHOSPITALARIA:

Admisión a emergencia. Fecha. ----- Hora. -----
Intervención quirúrgica. Fecha. ----- Hora. -----

En horas:

Menos de 2 hrs. () 3 – 5 hrs. ()
Más de 6 hrs. ()

TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

Inicio de los síntomas. Fecha. ----- Hora. -----
Intervención quirúrgica. Fecha. ----- Hora. -----

En horas:

Menos 24 hrs. () 24 – 48 hrs. ()
49 – 72 hrs. () Más de 72 hrs. ()

COMPLICACIONES:

Perforación. () Peritonitis focal. ()
P. generalizada. () Pileflebitis. ()

OBSERVACIONES. -----