



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“HERMILIO VALDIZÁN” DE HUANUCO**



ESCUELA DE POST GRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

**FACTORES QUE DETERMINAN EL RETARDO DE LA
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON
APENDICITIS AGUDA DEL HOSPITAL NACIONAL
SERGIO E. BERNALES, COMAS-LIMA 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

DOCTORANDO: MG. JOSÉ DARÍO MÁRQUEZ ALTUNA

ASESOR: DRA. NANCY VERAMENDI VILLAVICENCIOS

HUÁNUCO - PERÚ

2016

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mis padres (†), Jorge Márquez R. y Rosa Altuna G., por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para nuestro futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre vivieron brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mi hermano Jorge Javier Márquez Altuna (†) por haber sido en vida y en compañía de Dios fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar por la vida y un futuro mejor.

A mi hija Roscío, mis nietos (compadritos) Fabrizio, María del Pilar, Joaquin, por su amplio apoyo y colaboración con mucho amor.

A mis hermanos Julia, Margarita, Rosa, Teresa, Isaac, Juan, Guadalupe por todo su impulso, cariño y amor que me otorgan.

A mis cuñados Astrid Farfán (viuda de Javier), Mariza Castillo, Manuel Juárez, Jorge Juárez, Julio Ruíz, por sus palabras de aliento y de apoyo para continuar en la tarea y objetivos.

A mis compañeros, en especial a Irma Jaimes Ríos, Milagros Jaimes Z., quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y que durante todo el proceso estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

Gracias a todos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio y lograr mis objetivos en esta tesis doctoral, además por su infinito amor y bondad.

A mis amigos, que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Hernan Jaimes, Mg. Laura Luis Osorio, Mg. Irma Jaimes Rios, Mg. Milagros Jaimes Sambrano, por haberme ayudado a realizar este trabajo, desde lo más profundo de mi ser y ánimo y sobre todo amistad y cariño.

Finalmente a los maestros, Dra: Nancy Veramendi Villavicencios, Dr: Ewer Portocarrero Merino Dra: Enit Villar Carbajal, Dra: Silvia Marttell Chang aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino en el doctorando, y que contribuyeron con su apoyo en las asesorías y solución de dudas presentadas en la elaboración de la tesis.

GRACIAS A TODOS.

RESUMEN

OBJETIVO. Establecer los factores que determinan el retardo de la intervención quirúrgica de apendicitis aguda.

MÉTODOS. Se llevó a cabo un estudio correlacional compuesto por 90 pacientes con apendicitis aguda, procedentes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima 2015. Se utilizó una ficha de recolección de datos. Para el análisis inferencial se utilizó la Prueba Chi cuadrada.

RESULTADOS. El 24,4% (22 pacientes) presentaron retardo de la intervención quirúrgica. Por otro lado, los factores en el retardo de la intervención quirúrgica de apendicitis aguda fueron la automedicación ($p \leq 0,012$), la demora del tiempo de evolución pre operatoria ($p \leq 0,024$), el error diagnóstico en la primera consulta ($p \leq 0,034$) y el deficiente sistema de referencia y contrarreferencia ($p \leq 0,022$), siendo todas significativas estadísticamente.

CONCLUSIONES. Existe relación significativa entre los factores de automedicación, evolución pre operatoria, error diagnóstico y sistema de referencia y contrarreferencia con el retardo de la intervención quirúrgica de apendicitis aguda.

Palabras clave: *apendicitis aguda, retardo de la intervención quirúrgica, factores, paciente.*

SUMMARY

OBJECTIVE: Set the factors that determine the delay surgical intervention of acute appendicitis.

METHODS: A correlational study comprised 90 patients with acute appendicitis, from the Sergio E. Bernales National Hospital, Comas -Lima 2015 a tab data collection was used was conducted . For the inferential analysis the Chi -square test was used.

RESULTS: 24.4% (22 patients) showed delay surgical intervention. On the other hand, factors in the delay of surgery for acute appendicitis were self-medication ($p \leq 0,012$), the delay time evolution preoperative ($p \leq 0,024$), the diagnostic error in the first consultation ($p \leq 0,034$) and poor referral system and counter ($p \leq 0,022$), all of statistically significant.

CONCLUSIONS: There is significant relationship between self-medication factors, preoperative evolution, misdiagnosis and reference system and counter to delay surgery for acute appendicitis.

Keywords: *acute appendicitis, delay surgical intervention, factors, patient.*

RESUMO

OBJETIVOS: Definir os fatores que determinam a intervenção cirúrgica atrasada de apendicite aguda.

MÉTODOS: um estudo correlacional composta de 90 pacientes com apendicite aguda, do Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima 2015, um levantamento de dados guia foi usada foi realizado. Para a análise inferencial foi utilizado o teste do qui-quadrado.

RESULTADOS: 24,4% (22 pacientes) apresentaram intervenção cirúrgica atrasada. Por outro lado, fatores do atraso da cirurgia de apendicite aguda foram auto-medicação ($p \leq 0,012$), o pré-operatório evolução tempo de atraso ($p \leq 0,024$), o erro de diagnóstico na primeira consulta ($p \leq 0,034$) e pobres sistema de referência e contra ($p \leq 0,022$), todos estatisticamente significativa.

CONCLUSÕES: Há relação significativa entre os fatores de auto-medicação, a evolução pré-operatório, sistema de erros de diagnóstico e referência e contra a adiar a cirurgia por apendicite aguda.

***Palavras-chave:** apendicite aguda, o atraso intervenção cirúrgica, fatores, paciente.*

INTRODUCCION

La apendicitis aguda ocupa el primer lugar de las intervenciones quirúrgicas de urgencia a nivel mundial, con elevados índices de morbilidad y mortalidad asociada a complicaciones, como la peritonitis localizada o generalizada, que determinan estadías hospitalarias prolongadas, costos económicos elevados y perjuicio laborales (1).

La apendicitis aguda es la patología más frecuente de las urgencias quirúrgicas mundiales, pudiendo retrasarse el diagnóstico, al no identificarse el cuadro en la primera consulta, esto sucede en un 15 a 60% de los pacientes. La demora en el diagnóstico supone un aumento de intervenciones quirúrgicas con el resultado de apéndice perforado y por tanto un incremento de la morbilidad, mortalidad y días de estancia hospitalaria (2).

Entonces, el diagnóstico precoz de apendicitis aguda continúa siendo un reto para los cirujanos. Es evidente que la intervención quirúrgica temprana, posterior al inicio de los síntomas, reduce el riesgo de complicaciones, que se refleja en el menor tiempo de hospitalización y días de incapacidad laboral (3).

Asimismo, el diagnóstico clínico y la intervención quirúrgica inmediata es el tratamiento recomendado por McBurney hace más de un siglo y permanece aun siendo el tratamiento standard en la actualidad (4).

En la presente investigación parte de estas premisas, trazándose como objetivo establecer los factores que determinan el retardo de la intervención quirúrgica en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima, durante el periodo 2015.

En ese sentido, el estudio se organizó en cinco capítulos. En el primero comprende el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis,

las variables, la justificación e importancia y la factibilidad y limitaciones del estudio.

El segundo capítulo se compone por el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema, las definiciones conceptuales y la base epistémica.

En el tercer capítulo se ostenta la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, diseño, población y muestra, y las técnicas de recolección y procesamiento y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación. Y, en el quinto capítulo se menciona la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
RESUMO	VI
INTRODUCCIÓN	VII

CAPÍTULO I**EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del Problema	04
– Problema general	04
– Problemas específicos	04
1.3. Objetivos	05
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis	05
1.5. Variables	06
1.6. Justificación e importancia	07
1.7. Viabilidad	07
1.8. Limitaciones	08

CAPÍTULO II**MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes	09
2.2. Bases teóricas	13
2.3. Definiciones conceptuales	19
2.4. Bases epistémicos	21

CAPÍTULO III**METODOLOGIA**

3.1. Tipo de estudio	22
3.2. Diseño y esquema de la investigación	22
3.3. Población y muestra	23
3.4. Instrumentos de recolección de datos	25
3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	26

CAPÍTULO IV**RESULTADOS**

4.1. Presentación y análisis descriptivo de los resultados	28
4.2. Análisis inferencial de los resultados	39

CAPÍTULO V**DISCUSION**

5.1. Discusión de los resultados	47
----------------------------------	----

CONCLUSIONES	50
---------------------	----

SUGERENCIAS	51
--------------------	----

BIBLIOGRÁFIA	52
---------------------	----

ANEXOS	58
---------------	----

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del Problema.

La apendicitis aguda representa un serio problema de salud pública que pone en riesgo a los pacientes y que invariablemente tiene un desenlace fatal en caso de no ser atendido oportunamente (5).

Se considera que un 7% de la población general es afectada, y se puede presentar en todas las edades, sin embargo, es rara en los extremos de la vida (6), en donde la mortalidad es mayor por lo dificultoso del diagnóstico y porque el organismo carece de un buen sistema de defensa. La máxima frecuencia se encuentra en el segundo y el tercer decenio de edad. La perforación es más común en la lactancia y en los ancianos, periodos durante los cuales las tasas de mortalidad son las más elevadas. Hombres y mujeres son afectados con la misma frecuencia, excepto entre la pubertad y los 25 años de edad, período en que predomina la afección de los varones, en una relación de 3:2 (7).

Actualmente, el cuadro de apendicitis aguda es una condición bastante frecuente y un diagnóstico diferencial muy común en pacientes que presentan dolor abdominal agudo. El diagnóstico es a menudo elusivo y el manejo de pacientes con diagnósticos equivocados es controversial (8). En Estados Unidos ocurren 250 000 casos por año estimándose en

1.000.000 los días de hospitalización y 1.5 billones de dólares anuales gastados en el diagnóstico y tratamiento. La incidencia es de 11 casos por 10.000 personas/año y se incrementa entre los 10 y 20 años de edad a 23 por 10.000 personas/año (9). Por otro lado, estudios realizados en Chile, arrojan una prevalencia de apendicitis aguda del 8 al 12% de la población (10). En la población peruana el riesgo de padecer apendicitis aguda es del 7 al 12% con una media de edad entre 10 y 30 años (11).

Esta patología entonces es el padecimiento que con más frecuencia requiere cirugía abdominal de urgencia. La mayoría de los pacientes (76%) tiene signos y síntomas típicos en los que se identifica la triada de Cope (dolor abdominal, vómitos y síndrome febril). El síntoma guía es el dolor epigástrico que luego migra a la fosa iliaca derecha, que puede estar acompañado de anorexia, vómitos, síndrome febril y alteración del hemograma, entre otros; con estos síntomas y el examen físico se establece el diagnóstico y se decide el tratamiento quirúrgico (12).

De acuerdo a los informes de la OMS en el año 2002, se acumularon un millón de días de hospitalización por apendicitis aguda en los Estados Unidos (13). Asimismo, un informe epidemiológico, en México, indica que la apendicectomía ocupa el 47,7% de las cirugías realizadas en forma urgente (14).

La morbilidad y mortalidad en la apendicitis aguda se incrementan en los extremos de la vida, se reportan tasas de mortalidad del 0.68% en apendicitis focal aguda y del 10 a 29% en peritonitis focal y difusa, respectivamente, según el estudio de Temple (15). Otros autores reportan tasas de mortalidad del 0.12% en el grupo de apendicitis sin perforación y del 1.18% en el grupo con perforación (16).

Otro punto importante a mencionar, son las complicaciones que causa la demora en el tratamiento quirúrgico cuando de apendicitis agudas verdaderas se trata. Entre algunas de las complicaciones encontramos apéndices necrosadas, perforadas, formación de abscesos, entre otras (17).

Por otro lado, Hernández y Eiros (18) señalan que la ingesta de medicamentos, previos a un diagnóstico certero, modifican la historia natural de la enfermedad, se incrementa el tiempo para efectuar el diagnóstico y para tomar la decisión quirúrgica, ya que, en estos casos, los signos y síntomas no son concluyentes, el cirujano tiene dudas, con incremento en la morbilidad del paciente, además del impacto económico ante el uso de medios de escrutinio repetitivos y/o especializados, además de los días de estancia hospitalaria y ausentismo laboral.

Velázquez, Ramírez y Vega (19) encontraron que la medicación previa con analgésicos y antibióticos en pacientes con apendicitis aguda sí está asociada al retraso en la toma de la decisión quirúrgica, con incremento de las complicaciones, como es la perforación apendicular, incremento de los días de estancia hospitalaria e incapacidad laboral

Por su parte, Gerardo y Hernández (20) indicaron que los factores asociados a la perforación apendicular son el retraso en la atención médica, la medicación previa y el tipo de seguro del paciente.

Asimismo, Vargas, López, Ramírez, Rodríguez y Fernández (21) concluyeron que el error en el diagnóstico y la automedicación fueron factores para el retraso en el tratamiento y la presentación de apendicitis avanzada.

Cabrejos, Novoa, Iyo y Román (22) hallaron que los factores más importantes que condicionan la demora en la intervención quirúrgica fueron: el hecho que el mismo paciente se retrasa en acudir a los servicios de salud y que existen dificultades para el traslado de los pacientes por razones geográficas. Los pacientes que tienen un retraso de 72 horas o más en ser intervenidos quirúrgicamente se complican 2.5 veces más frecuentemente que los que tienen una cirugía precoz.

Por último, la totalidad de estos elementos son determinantes para una adecuada atención de los pacientes con apendicitis aguda y pudieran representar factores de riesgo para complicaciones, motivo por el cual se realiza este trabajo de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que determinan el retardo de la intervención quirúrgica en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima 2015?

Problemas específicos:

- ¿Cuáles son los factores dependientes del paciente que determinan el retardo de la intervención quirúrgica en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima 2015?
- ¿Cuáles son los factores dependientes del prestador de los servicios de salud que determinan el retardo de la intervención quirúrgica en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima 2015?

1.3. OBJETIVOS

a. Objetivo general:

- Establecer los factores que determinan el retardo de la intervención quirúrgica en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima 2015.

b. Objetivos específicos:

- Determinar los factores dependientes del paciente que determinan el retardo de la intervención quirúrgica en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima 2015.
- Analizar los factores dependientes del prestador de los servicios de salud que determinan el retardo de la intervención quirúrgica en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima 2015.

1.4. HIPÓTESIS

a. Hipótesis general:

Ha: Existe una relación significativa entre los factores que retardan la intervención quirúrgica en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima 2015.

b. Hipótesis específicas:

Ha₁: Existe una relación significativa entre los factores dependientes del paciente que retardan la intervención quirúrgica en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima 2015.

Ha₂: Existe una relación significativa entre los factores dependientes del prestador de los servicios de salud que retardan la intervención quirúrgica en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima 2015.

1.5. VARIABLES

a. Identificación de las variables.

Variable dependiente:

Retardo de la intervención quirúrgica en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda

Variable independiente:

Factores de riesgo

Variables de caracterización:

Edad, género, procedencia.

b. Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE DEPENDIENTE:				
Retardo de la intervención quirúrgica	Única	Tiempo en horas transcurridas desde el inicio de la sintomatología, hasta el acto operatorio	Cualitativa	Ordinal
VARIABLE INDEPENDIENTE:				
Factores de riesgo	Factores dependientes del paciente	Automedicación	Cualitativa	Nominal
		Demora del tiempo de evolución pre operatoria	Cualitativa	Nominal
	Factores dependientes del prestador de los servicios de salud	Diagnóstico errado en consulta primaria	Cualitativa	Nominal
		Deficiente sistema referencia y contrarreferencia)	Cualitativa	Nominal
VARIABLES DE CARACTERIZACION:				
Edad	Única	En años	Cuantitativa	De razón
Género	Única	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Procedencia	Única	Urbana Rural Periurbana	Cualitativa	Ordinal

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Se justifica llevar a cabo el estudio de este problema:

Porque, la apendicitis aguda es una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario por patología quirúrgica en las salas de emergencia. Asimismo, también se justifica a nivel teórico, por la contribución teórica o conceptual sobre las variables relacionadas a los factores que retardan la intervención quirúrgica en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda. También, nuestros resultados servirán para revisar, desarrollar o apoyar conceptos en futuros estudios.

A nivel práctico, se justifica dado que en su mayoría éstas constituyen urgencias quirúrgicas, demandan atención inmediata, trayendo como consecuencia la necesidad de estratificar las prioridades para la urgencia quirúrgica. Con el fin de lograr mayor calidad de atención, con disminución del tiempo de espera de los enfermos con mayor gravedad. Y, a nivel metodológico la contribución sería en el diseño del estudio como en las estrategias de recolección de datos.

1.7. VIABILIDAD

El estudio fue políticamente viable dado que la información procesada es de acceso público. El estudio pudo realizarse con los recursos económicos y materiales con los que cuenta el investigador.

También fue viable el estudio con el diseño a plantearse en el tiempo previsto.

1.8. LIMITACIONES

La investigación estuvo afectada por el sesgo de medición, debido a que los datos provienen de una fuente de datos secundaria. Es decir, el estudio estuvo afectado por la existencia de los sub-registros en la recopilación de los datos del Ministerio de Salud.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Dentro de los antecedentes de estudios relacionados al tema de investigación, tenemos los siguientes:

En México, Gerardo y Hernández (23) desarrollaron un tipo de estudio retrospectivo, observacional, de casos y controles, con el objetivo de establecer los factores asociados a la perforación apendicular en pacientes con apendicitis aguda atendidos en el Centro Hospitalario Nuevo Sanatorio Durango entre enero del 2008 y octubre del 2012. Se estudió a pacientes sometidos a cirugía por apendicitis aguda. Se agruparon según la presencia o no de perforación apendicular al momento del procedimiento quirúrgico. Se analizó el tiempo en horas de evolución hasta su ingreso a nuestra unidad, además de las características de sexo, edad, tipo de seguro (individual o empresarial) y comorbilidad de los pacientes. Se preguntó además si hubo medicación prehospitalaria. Se analizó un total de 189 expedientes, de los cuales, en 69 (36%) se presentó perforación apendicular. Los pacientes con

perforación apendicular tuvieron 2 horas más en promedio de evolución previo a su atención (26 frente 24 horas, $p < 0.001$), lo cual significó 2% más de riesgo (RM) por hora transcurrida (IC 95% de 0.2 a 4%, $p = 0.03$). Otros factores asociados fueron la medicación previa (RM = 23, IC 95%, 9 a 57), el tener un seguro empresarial (RM = 3.3, IC 95% 1.6 a 10).

También en México, Velázquez, Ramírez y Vega (24) efectuaron un estudio prospectivo, comparativo, longitudinal y observacional, con el objetivo de determinar si la premedicación es factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico en pacientes con apendicitis aguda. El estudio se realizó con 56 pacientes en el Hospital Regional de PEMEX, Salamanca, en el periodo del 01 de enero de 2006 al 31 de julio del 2007. Se analizaron los pacientes que acudieron al servicio de urgencias con cuadro clínico sugestivo de apendicitis aguda, de ambos géneros, mayores de 5 años de edad, con o sin medicación previa. Se dividieron en dos grupos, 23 pacientes (41.1%) en el grupo de no medicados y 33 (58.9%) en el grupo de medicados; no hubo diferencia significativa en cuanto a edad y género en los dos grupos de estudio ($p < 0.05$). La media de horas transcurridas entre el inicio de la sintomatología a la toma de la decisión quirúrgica en el grupo de pacientes no medicados fue significativamente menor que la del grupo de pacientes medicados (23 horas, IC95% 16-23 vs 33 horas, IC95% 30-54; $t = 3.9$, $p = 0.0001$). Los días de estancia hospitalaria en pacientes no medicados fueron de 2.3 ± 1.6 vs 3 ± 1.3 días en los medicados, sin diferencia significativa ($t = 1.2$ y $p = 0.22$), sin embargo, sí hubo

diferencia estadística significativa en los días de incapacidad laboral para los pacientes que recibieron medicación previa.

Asimismo, España, Pérez, Conde, Martínez, Bento, Busto y Goñi (25) estudiaron las historias clínicas de pacientes afectados de apendicitis aguda, entre enero del 2001 y diciembre del 2002, valorando clínica, exploración y hallazgos ecográficos, demora terapéutica (tiempo desde la entrada en urgencias hasta el final de la intervención) y evolución. Recolectaron 125 varones y 84 niñas (209 pacientes), de edad media 10,1 y desviación estándar 3,02 años. Mediante la valoración clínica y ecográfica distinguieron un grupo de 171 enfermos con apendicitis no complicadas (grupo NC) y otro de 38 enfermos con procesos complicados (grupo C). Los enfermos del grupo NC fueron intervenidos de forma programada, con demoras de hasta 20 horas (media de 7 horas y 45 minutos). La estancia media de este grupo fue de 4,87 días y el porcentaje de complicaciones infecciosas de 1,73%. Los enfermos del grupo C fueron intervenidos con premura. Su estancia media fue de 9,23 días ($p < 0,0001$) y su porcentaje de complicaciones infecciosas del 43,6%. Dentro del grupo NC no hubo diferencias entre los enfermos intervenidos precozmente y aquellos en los que se demoró la intervención.

En el año 2001, Vargas, López, Ramírez, Rodríguez y Fernández (26) en México, realizaron un estudio observacional, prospectivo, sin grupo control, longitudinal y descriptivo con el objetivo de investigar qué factores retrasan el tratamiento quirúrgico en apendicitis aguda. Se estudiaron 78 pacientes operados con diagnóstico pre o postoperatorio de apendicitis. Variables: evolución desde el inicio de dolor, número de

horas transcurridas antes de la operación, atención prehospitalaria, diagnóstico inicial fuera y dentro del nosocomio y postoperatorio, terapéutica y complicaciones. De los 78 pacientes, 18 (23%) tuvieron diagnóstico definitivo diferente del diagnóstico preoperatorio, 12 (16%) resultaron con apéndice normal y 6 (7.6%) fueron falsos negativos. El tiempo promedio entre el inicio del dolor y la cirugía fue 64.6 horas (2.7 días), el 44% se operó después de 48 horas. Cincuenta (64%) fueron apendicitis avanzadas, seis (7.6%) cursaron con peritonitis generalizada, estos casos promediaron 76 horas = 3.29 días. Se detectó material purulento en 28 (37%), apéndice perforado en 17 (22%), el tiempo preoperatorio en las mujeres fue de 3.2 días, en los hombres de 2.2 días. Hubo infección en la herida quirúrgica en 15 (19%). Sesenta pacientes (77%) consultaron un médico antes de ingresar al hospital, en 24 (40%) éste hizo el diagnóstico de apendicitis, en 32 (53%) falló; el 98% recibió fármacos recetados por otros médicos o automedicados.

En el Perú, en el año 2001, Cabrejos, Novoa, Iyo y Román (27) llevaron a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo, con el objetivo de determinar el porcentaje de pacientes con diagnóstico post operatorio confirmatorio de apendicitis aguda que fueron intervenidos tardíamente en el Hospital de Apoyo de Chachapoyas (HACH), en un período de 5 años e identificar los principales factores que condicionaron la demora en la intervención quirúrgica. Se revisaron las Historias Clínicas de los pacientes sometidos a apendicectomía en el HACH en un período de 5 años. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico confirmado de apendicitis aguda. Se incluyeron 108 pacientes, 41 de ellos (38%) fueron intervenidos tardíamente. En 19 pacientes que fueron intervenidos

tardíamente (47%), la demora fue atribuida al mismo paciente y en 22 (53%) la demora se atribuyó a los servicios de salud. Treintaicuatro de los 41 pacientes intervenidos tardíamente (83%) sufrieron apendicitis aguda complicada (AAC). La estancia hospitalaria fue más larga para los pacientes que sufrieron AAC (13.21 días), que para aquellos que no sufrieron esta condición (3.94 días) ($p = 0.000$).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Apendicitis aguda

2.2.1.1. Definiciones

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice vermiforme; es un padecimiento grave, con importantes complicaciones que pueden llevar a la muerte, en particular cuando se retrasa el diagnóstico y la terapéutica oportuna (28).

También la apendicitis aguda es el proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal, generalmente por obstrucción de su lumen (29).

Menéndez y Cárdenas (30) señalan que la apendicitis es un proceso evolutivo, secuencial, de allí las diversas manifestaciones clínicas y anatomopatológicas que suele encontrar el cirujano, de allí que se consideren los siguientes estadios: apendicitis congestiva o catarral, apendicitis flegmonosa, apendicitis gangrenosa o necrótica y apendicitis perforada.

En el abdomen agudo quirúrgico, las apendicectomías, son la causa más frecuente de atención en las salas de urgencias, ocupan hasta el 17%. Puede ser muy fácil de diagnosticar en unos casos y ser en otros extraordinariamente difícil especialmente en las etapas extremas de la vida, las piedras angulares de tratamiento son: el diagnóstico y la intervención quirúrgica temprana (31).

Las actitudes de espera frente a una posible apendicitis, no están justificadas. No tomar decisiones en 8 o 10 horas señaladas es poner en peligro la vida del paciente. Las actitudes de demora de 2 horas equivalen a 2 semanas o 2 meses en la recuperación del paciente (32).

2.2.1.2. Etiopatogenia

El fecalito obstruye la luz y se forma un asa cerrada en la porción distal del apéndice que se distiende rápidamente al aumentar la secreción mucosa. Se eleva la presión hasta 50 o 60 cmH₂O y la distensión estimula las terminaciones nerviosas, con aparición de dolor sordo y difuso; esto incrementa la peristalsis y aparece el cólico característico (33).

El ensanchamiento de la luz apendicular sigue en aumento por la multiplicación bacteriana, que produce gas, pus o necrosis. Se excede la presión de las venas y éstas se colapsan e impiden el retorno de la sangre; en tanto, la circulación continúa por las arterias y provoca

congestión hemática, edema y estasis. La distensión progresiva del apéndice emite reflejos por vía nerviosa y ocasiona náusea, vómito y aumento del dolor. El proceso inflamatorio involucra pronto a la serosa apendicular y al peritoneo parietal, con lo cual el dolor se traslada a la fosa iliaca derecha; la mucosa apendicular es invadida por bacterias y éstas se extienden a capas más profundas; todo ello desencadena necrosis y absorción de sustancias provenientes de tejidos muertos y de toxinas bacterianas, lo que produce fiebre, taquicardia y leucocitosis (34).

Al continuar la distensión apendicular se ocluye la circulación de arteriolas, se agrava la necrosis, las paredes no resisten y finalmente el apéndice se perfora. El organismo reacciona rodeando la zona con asas de intestino y epiplón, para limitar la diseminación a un área restringida, pero esto origina absceso apendicular; entonces se presenta el íleo paralítico para focalizar el proceso. Sin embargo, otras veces el proceso infeccioso no se localiza y con la rotura apendicular se diseminan diversos líquidos en la cavidad abdominal, ocasionando peritonitis generalizada (35).

2.2.1.3. Diagnóstico

La apendicitis, es una historia y sucesión de signos y síntomas. El síntoma inicial es casi siempre dolor abdominal de tipo visceral, secundario a las contracciones del apéndice o a la distensión de su luz. Suele estar mal

localizado en las regiones periumbilical o epigástrica y a menudo va acompañado de urgencia de defecar o expulsar gases. Este dolor visceral es leve, a menudo cólico, suele persistir 4 a 6 h. A medida que la inflamación se extiende a la superficie peritoneal parietal, el dolor se hace somático, constante y más intenso. Se agrava con el movimiento o la tos, y suele localizarse en fosa ilíaca derecha (36).

La anorexia es casi universal; un paciente hambriento no tiene apendicitis aguda. En 50 a 60% de los casos hay náuseas y vómitos, aunque éstos suelen cesar de manera espontánea. Es extraordinariamente raro que el enfermo tenga náuseas y vómitos antes de que aparezca el dolor. Si el apéndice está cerca de la vejiga pueden presentarse polaquiuria y disuria (37).

La sucesión típica de síntomas (dolor periumbilical mal localizado seguido de náuseas y vómitos con ulterior emigración del dolor a fosa ilíaca derecha) sólo se observa en 60% de pacientes, esta sucesión, se llama “secuencia de Murphy” (38).

Los datos físicos varían según la evolución de la enfermedad y la localización del apéndice, que puede estar situado profundamente en el saco de Douglas; en la fosa ilíaca derecha, asociado a peritoneo, ciego o intestino delgado; en el hipocondrio derecho (embarazo); o incluso en la fosa ilíaca izquierda (39).

Aunque el dolor a la palpación puede faltar en los primeros estadios viscerales de la enfermedad, siempre acaba por aparecer y puede presentarse en cualquier zona, según la situación del apéndice. Si éste es retrocecal o pélvico, puede faltar por completo la sensibilidad abdominal a la palpación, y en estos casos el único dato físico sería un dolor en fosa renal o en exploración rectal o ginecológica (40).

La hiperestesia de la piel de la fosa ilíaca y un signo del psoas o del obturador positivos suelen ser datos tardíos y rara vez tienen valor diagnóstico (41). La Temperatura suele ser normal o ligeramente elevada (37.2 a 38°C), y una temperatura superior a 38.3°C hace pensar en la posibilidad de una perforación (42).

La rigidez y el dolor a la palpación se hacen más intensos a medida que la enfermedad avanza hacia la perforación y la peritonitis localizada o difusa. La distensión es infrecuente a menos que se establezca una grave peritonitis difusa. Si ocurre una perforación localizada puede desarrollarse una tumoración que no suele detectarse sino hasta tres días después del comienzo de la enfermedad (43).

2.2.2. Factores que retardan el tratamiento quirúrgico

En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud (44).

Los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como colectiva (45).

Tomando como referencia lo anteriormente citado se exponen a continuación factores de riesgo para la demora del tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda:

- a. La automedicación:** El principal síntoma de la apendicitis aguda es el dolor abdominal, y el mejor método diagnóstico es el examen físico, por lo que pacientes medicados con analgésicos retrasan el diagnóstico y por consecuencia el tratamiento definitivo.
- b. Demora en la búsqueda de atención médica:** Aumenta el riesgo de mortalidad sobre todo en pacientes ancianos. El retraso a la consulta aumenta el número de apéndices perforados, siendo que un 50% de las perforaciones ocurren antes que el paciente acuda al centro de salud (46).
- c. Apendicectomías no terapéuticas:** en la práctica quirúrgica el porcentaje de operaciones donde el apéndice es macroscópica e histológicamente sano, es inversamente proporcional al porcentaje de apendicitis agudas perforadas, siendo ésta un requerimiento para disminuir la morbimortalidad. Una apendicectomía sin hallazgos patológicos en una paciente

embarazada causaría efectos menores mientras que los efectos de una apendicitis perforada pueden ser catastróficos (47).

d. Sistema de referencia y contrareferencia: El Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial 266-2009/MINSA: SISTEMA NACIONAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (SNRC), que es el conjunto ordenado y uniformizado de procesos, que permiten articular la atención del usuario en los servicios de salud con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención de manera oportuna con calidad, eficacia, eficiencia e integralidad(48).

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- a. Apendicitis aguda:** Es el proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal producido por obstrucción del lumen y proliferación bacteriana subsiguiente.
- b. Apendicitis aguda congestiva o catarral (Apendicitis Aguda no complicada):** Obstrucción de la luz del apéndice, se acumula moco en la parte distal provocando distensión y aumento de la presión Intraluminal por la relativa inestabilidad de la capa serosa. Esta distensión provoca obstrucción del drenaje linfático que lleva a edema y acumulación de moco en el apéndice con infiltrado plasmoleucocitario en las capas superficiales.
- c. Apendicitis aguda gangrenosa o necrótica (apendicitis aguda complicada):** Cuando el proceso flemonoso es muy intenso, la congestión y rémora local y la distensión del órgano producen anoxia de los tejidos, a ello se agrega la mayor virulencia de las bacterias y

a su vez el aumento de la flora anaeróbica, que llevan a una necrobiosis total. La superficie del apéndice presenta áreas de color púrpura, verde gris o rojo oscuro, con microperforaciones, aumenta el líquido peritoneal, que puede ser tenuemente purulento con un olor fecaloideo.

d. Apendicitis aguda perforada (apendicitis aguda complicada):

Cuando las perforaciones pequeñas se hacen más grandes, generalmente en el borde antimesentérico y adyacente a un fecalito. Toda esta secuencia debería provocar siempre peritonitis, si no fuera porque el exudado fibrinoso inicial determina la adherencia protectora del epiplon y asas intestinales adyacentes que producen un bloqueo del proceso que, cuando es efectivo, da lugar al plastrón apendicular, y aun cuando el apéndice se perfore y el bloqueo es adecuado, dará lugar al absceso apendicular.

e. Apendicitis aguda supurada o flegmonosa (apendicitis aguda

no complicada): Producto del aumento de la distensión, por estasis y acción de las bacterias, el moco se convierte en pus, hay diapédesis bacteriana y aparición de úlceras en la mucosa: La persistencia de la infección y aumento de la secreción lleva a la obstrucción de la circulación venosa que conlleva a isquemia y diseminación por toda la pared y se produce difusión del contenido mucopurulento.

f. Referencia:

Transferencia formal mediante un instrumento uniforme y oficializado para la atención del usuario con una necesidad de salud que supera la capacidad de resolución del proveedor a otro proveedor de un nivel de mayor complejidad.

g. Retardo de la intervención quirúrgica: Tiempo mayor de 72 horas transcurridas desde el inicio de la sintomatología, hasta el tratamiento definitivo.

2.4. BASES EPISTÉMICAS

El éxtasis provocado por el éxito de la cirugía en el tratamiento de la apendicitis parece haber detenido las secuencias del progreso científico médico. Superar los tratamientos quirúrgicos por la acción bioquímica, medicamentosa, es la meta del conocimiento médico. Induce a preguntar si conocida la causa (la exaltación virulenta de un germen o gérmenes); conocidos unos antibióticos con eficacia comprobada frente a esos gérmenes y escasos efectos secundarios; comprobada esa eficacia en el tratamiento pre y postoperatorio de los procesos evolucionados a peritonitis, con o sin perforación ¿no estaremos, en el siglo XXI, en disposición de intentar obviar la cirugía cuando se reconoce a un paciente en el que la inflamación del apéndice inicia su andadura? S.E. Wilson publicaba en 1998 la excelente respuesta clínica a los antibióticos en los casos de apendicitis complicada (salvo los casos con malnutrición o reinfección secundaria) (49).

Quizá un mayor conocimiento de la capacidad inmunológica de cada persona, y una menor presión judicial, podrían ayudar a pasar al penúltimo escalón en la lucha científica contra los procesos inflamatorios apendiculares. El último sería prevenirlos, evitarlos (50).

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Correspondió a un estudio **observacional**, porque no se manipuló ninguna variable de estudio.

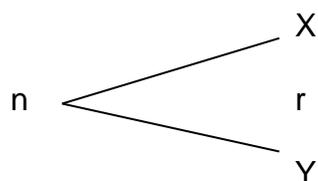
Según la planificación de la toma de datos, la investigación fue **retrospectiva**, es decir se utilizó los datos ocurridos en tiempo pasado.

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio, fue **transversal**, debido a que la medición se realizó en un solo momento.

Y, según el número de variables de interés, el estudio fue **analítico**, debido a que se empleó el análisis bivariado.

3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Para efecto de la investigación se consideró el diseño correlacional, como se muestra a continuación:



Dónde:

n= Muestra en estudio

X =Variable factores

y= Variable retardo de la intervención quirúrgica

r= La relación probable entre las variables

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por 1500 pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima, durante el periodo 2014 (la fuente utilizada fue del área de estadística del referido hospital).

Características de la población:

Criterios de inclusión:

Se incluyeron en el estudio:

- Pacientes que disponen historias clínicas con datos completos.
- Pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron del estudio:

- Pacientes fallecidas post intervención quirúrgica.
- Pacientes derivados a otro hospital.

Ubicación de la población en el espacio y tiempo.

- a. Ubicación en el espacio.** El estudio se llevó a cabo en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima.

b. Ubicación en el tiempo. La duración del estudio fue durante el periodo 2015.

3.3.2. Muestra.

- **Unidad de Análisis.**

Estuvo constituida por el paciente.

- **Unidad de Muestreo.**

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

- **Marco Muestral.**

Lista de padrón.

- **Tamaño Muestral.**

En el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula de cálculo de muestras para estimación de proporciones de una sola población, siendo:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Dónde:

$Z^2 = 95\%$ confiabilidad

$P = 50\%$

$Q = 1-P$

$e =$ error de estimación en 10%

$N = 1500$

Cálculo:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50 \times 1500}{(0,10)^2 (1500-1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = \frac{1440,6}{15,9504}$$

$$n = 90,3$$

Por tanto, se trabajó con una muestra mínima total de 90 pacientes del Hospital en estudio.

- **Tipo de muestreo:**

La selección de la muestra fue mediante el muestreo aleatorio simple y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Instrumentos

El instrumento de recolección de datos empleado fue:

- a. Ficha de recolección de datos.** se consideraron los datos generales, datos relacionados a la evolución de la enfermedad y datos sobre los factores que determinar el retardo de la intervención quirúrgica (Anexo 01).

3.4.2. Validez de los instrumentos de recolección de datos.

Para la validez del instrumento en estudio, se tuvo que requerir el juicio de 5 expertos, donde emitieron su juicio del instrumento Consolidado de recolección de datos (Anexo 02).

Luego en la concordancia se utilizó el coeficiente de V de Aiken, como se muestra a continuación:

Cuadro 01. Concordancia de las respuestas de los jueces.

Preguntas	JUECES					TOTAL ACIERTOS	V de Aiken
	1	2	3	4	5		
1	A	A	A	A	A	5	1,00
2	D	A	A	A	A	4	0,80
3	A	A	A	A	A	5	1,00
4	A	A	A	A	A	5	1,00
5	A	A	A	D	A	4	0,80
6	A	A	A	A	A	5	1,00
7	A	A	A	A	A	5	1,00
8	D	A	A	A	A	4	0,80
9	A	A	A	A	A	5	1,00
10	A	A	A	A	A	5	1,00

A: Acuerdos; D: Desacuerdos

Fuente. Elaboración propia

Se ha considerado:

1 = Si la respuesta es aprobado.

0 = Si la respuesta es no aprobado.

Se consideró que existe validez del instrumento cuando el valor del coeficiente de V de Aiken fuera igual o mayor de 0,80. En la valoración de los jueces ninguna pregunta obtuvo un valor inferior a 0,80; por lo cual concluimos que estos ítems presentan validez de contenido.

3.5. TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

a) El Fichaje.- Se utilizó para recoger información de las fuentes primarias y secundarias para el desarrollo del marco teórico.

b) La Ficha de recolección.- Se usó para registrar todos los datos que se estudiaron tanto de variable apendicitis aguda como de los factores que retardan la intervención quirúrgica.

c) Presentación de datos.- Se emplearon cuadros estadísticos en los que se consolidaron los resultados de la lista de cotejo aplicada a al personal de salud en estudio. Los resultados fueron representados en gráficos estadísticos (gráficos de barras).

d) Análisis e interpretación de datos.- Se realizó mediante la lectura de frecuencias simples y porcentuales, así como el promedio aritmético en los cuadros estadísticos y el análisis inferencial mediante la prueba de Chi cuadrada de independencia.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.

4.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES:

Tabla 01. Edad en años de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Edad en años	Frecuencia	%
5 a 25	51	56,7
26 a 46	27	30,0
47 a 67	3	3,3
68 a 87	9	10,0
Total	90	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

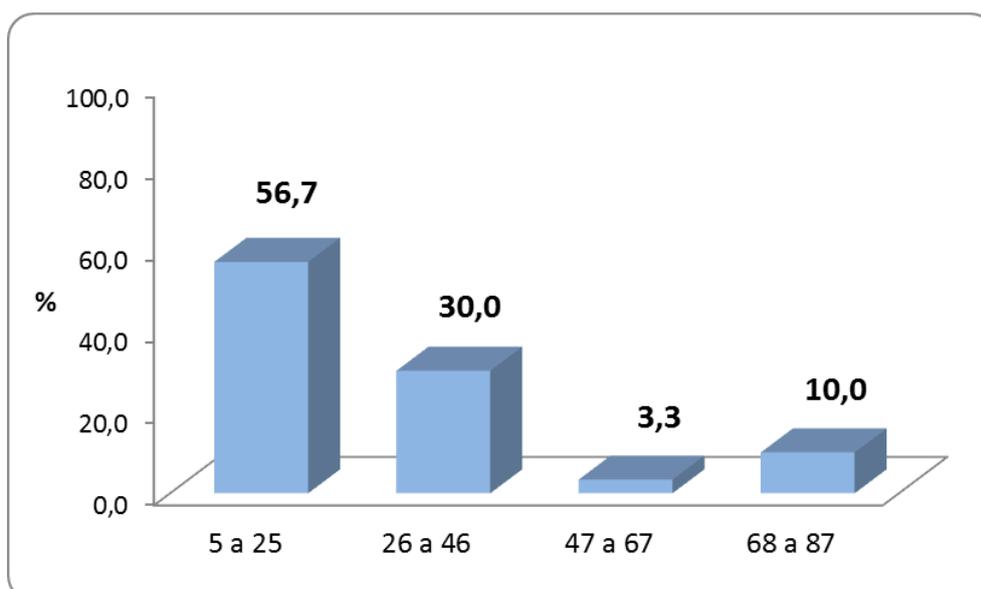


Gráfico 01. Porcentaje de pacientes apendicectomizados según edad en años del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

En cuanto a la edad en años de los pacientes apendicectomizados en estudio, se encontró que el 56,7% (51 pacientes) tuvieron edades entre 5 a 25 años, le sigue el 30,0% (27 pacientes) entre 26 a 46 años, el 10,0% entre 68 a 87 años y el 3,3% entre 47 a 67 años.

Tabla 02. Sexo de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	59	65,6
Femenino	31	34,4
Total	90	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

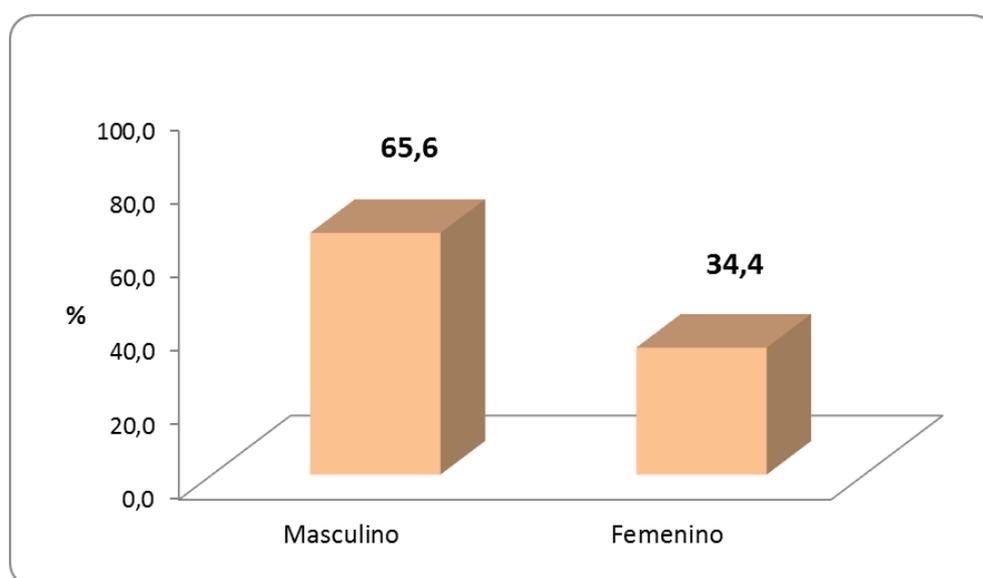


Gráfico 02. Porcentaje de pacientes apendicectomizados según sexo del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

En relación al sexo de los pacientes apendicectomizados en estudio, se encontró que la mayoría del 65,6% (59 pacientes) fueron del sexo masculino y el 34,4% (31 pacientes) del sexo femenino.

Tabla 03. Procedencia de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Procedencia	Frecuencia	%
Urbana	76	84,4
Rural	14	15,6
Total	90	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

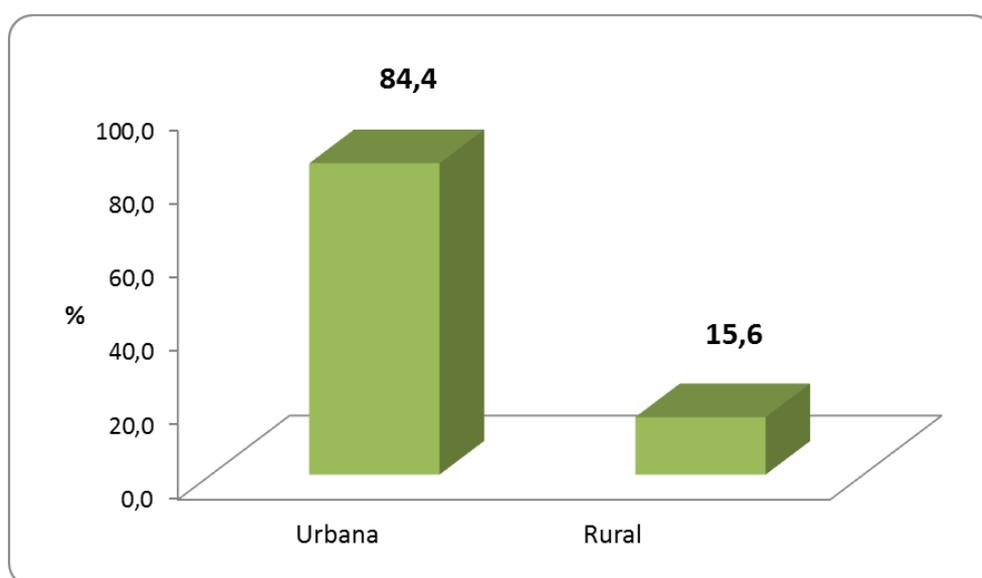


Gráfico 03. Porcentaje de pacientes apendicectomizados según procedencia del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Respecto a la procedencia de los pacientes apendicectomizados en estudio, se encontró que la mayoría del 84,4% (76 pacientes) procedieron de la zona urbana y el 15,6% (14 pacientes) de la zona rural.

Tabla 04. Tiempo de enfermedad en horas de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Tiempo de enfermedad en horas	Frecuencia	%
≤ 24	25	27,8
25 a 47	31	34,4
≥ 48	34	37,8
Total	90	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

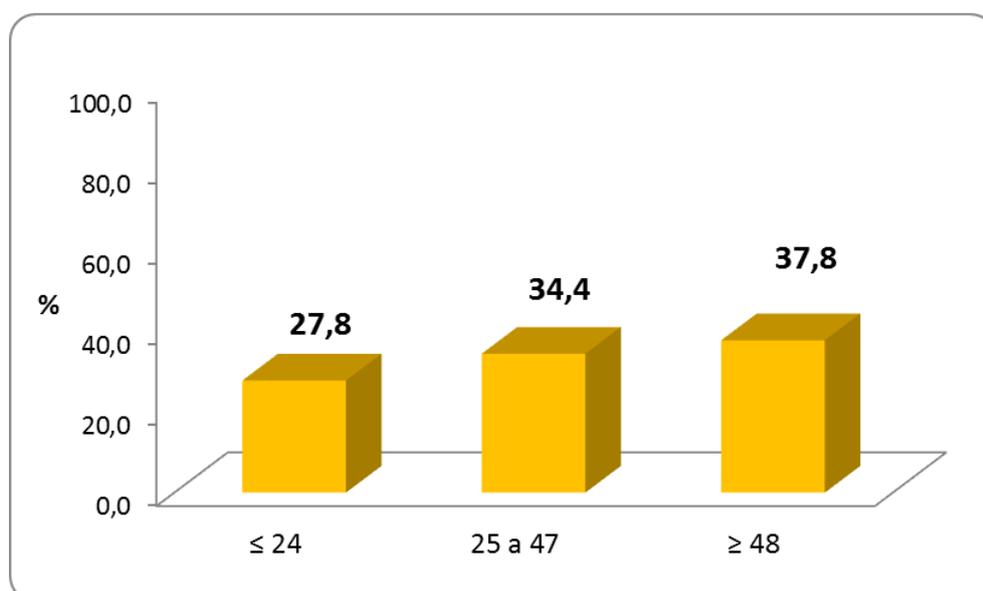


Gráfico 04. Porcentaje de pacientes apendicectomizados según tiempo de enfermedad en horas del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Con respecto al tiempo de enfermedad en horas de los pacientes apendicectomizados en estudio, se encontró que el 37,8% (34 pacientes) presentaron un tiempo \geq a 48 horas, el 34,4% (31 pacientes) entre 25 a 47 horas y el 27,8% (25 pacientes) \leq a 24 horas.

Tabla 05. Etapa de la apendicitis aguda de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Etapa de la apendicitis aguda	Frecuencia	%
Gangrenada	39	43,3
Congestiva	18	20,0
Normal	5	5,6
Perforada	17	18,9
Supurada	11	12,2
Total	90	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

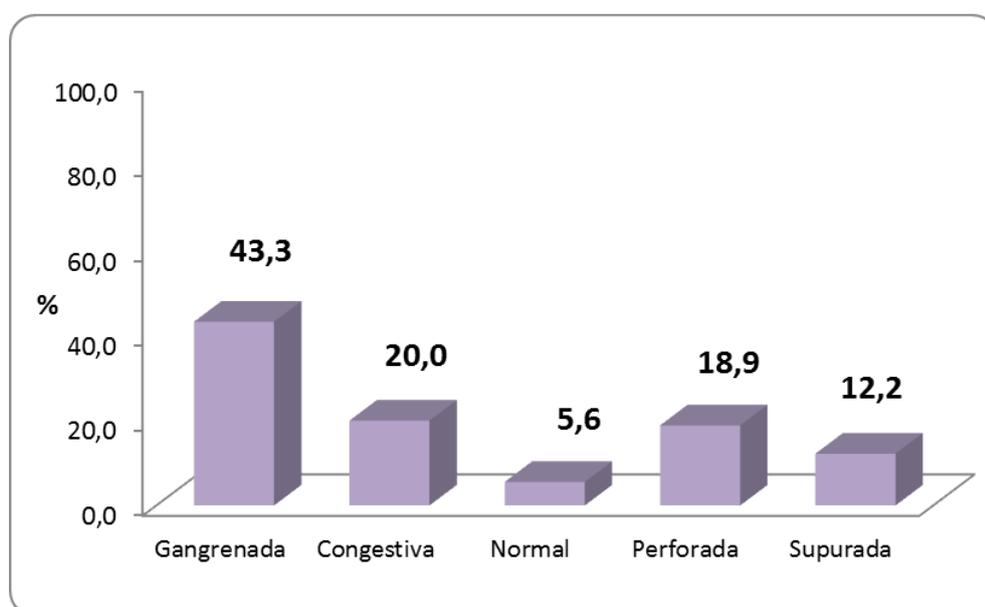


Gráfico 05. Porcentaje de pacientes apendicectomizados según etapa de la apendicitis aguda del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Dentro de la etapa de la apendicitis aguda de pacientes apendicectomizados en estudio, se encontró que el 43,3% (39 pacientes) presentaron apendicitis aguda gangrenada, el 20,0% (18 pacientes) apendicitis aguda congestiva, el 18,9% (17 pacientes) apendicitis aguda perforada, el 12,2% (11 pacientes) apendicitis aguda supurada y el 5,6% (5 pacientes) se encontró con estado normal.

4.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES EN ESTUDIO:

Tabla 06. Automedicación de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Automedicación	Frecuencia	%
SI	68	75,6
NO	22	24,4
Total	90	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

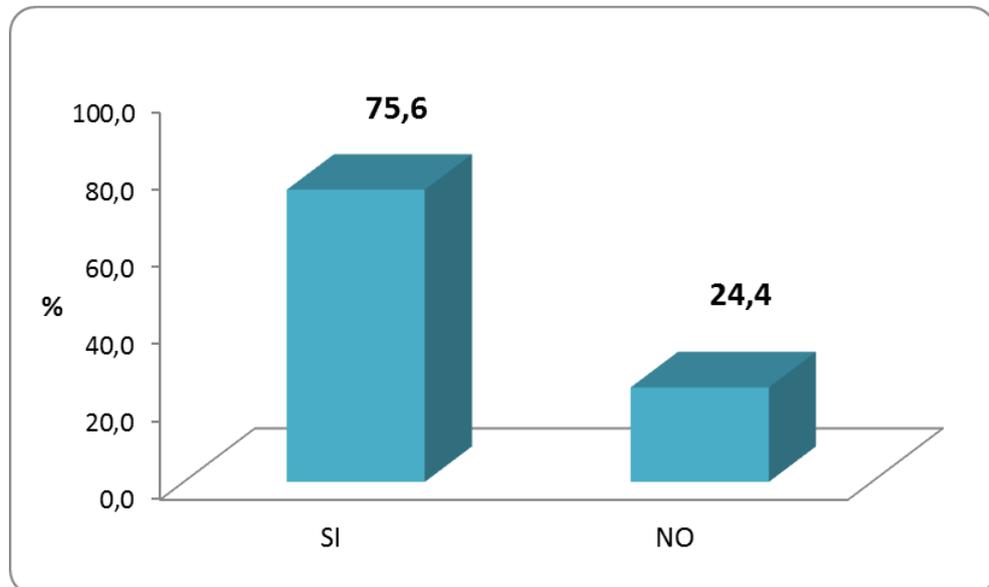


Gráfico 06. Porcentaje de pacientes apendicectomizados según automedicación del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

En razón a la automedicación de los pacientes apendicectomizados en estudio, se encontró que el 75,6% (68 pacientes) tuvieron automedicación y el 24,4% (22 pacientes) no presentaron automedicación.

Tabla 07. Error diagnóstico en la primera consulta de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Error diagnóstico en la primera consulta	Frecuencia	%
SI	78	86,7
NO	12	13,3
Total	90	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

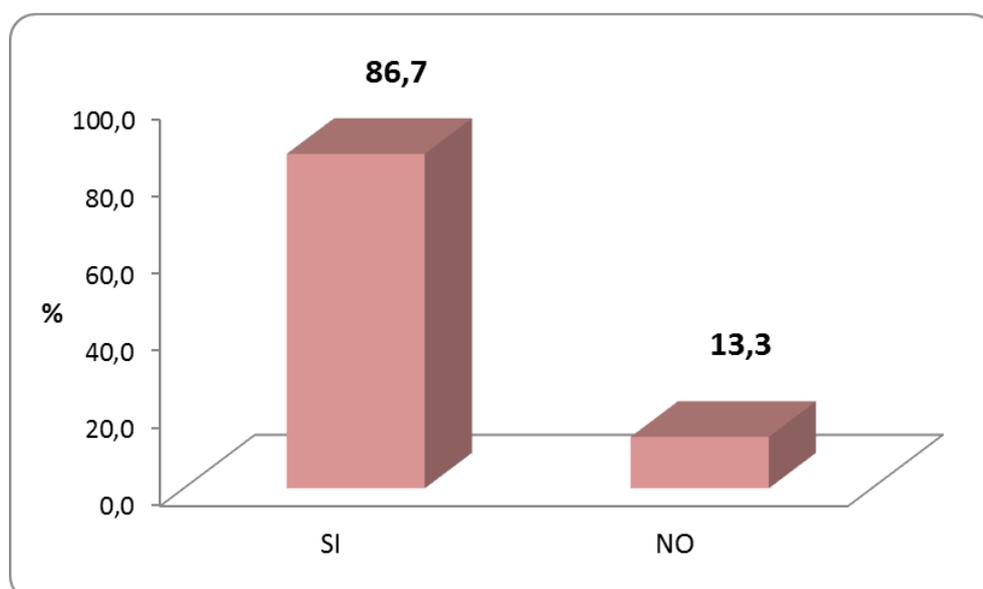


Gráfico 07. Porcentaje de pacientes apendicectomizados según error diagnóstico en la primera consulta del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Concerniente al error diagnóstico en la primera consulta de los pacientes apendicectomizados en estudio, se encontró que el 86,7% (78 pacientes) tuvieron error diagnóstico en la primera consulta y el 13,3% (12 pacientes) no tuvieron diagnóstico errado.

Tabla 08. Deficiente sistema de referencia y contrarreferencia en pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Deficiente sistema de referencia y contrarreferencia	Frecuencia	%
SI	70	77,8
NO	20	22,2
Total	90	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

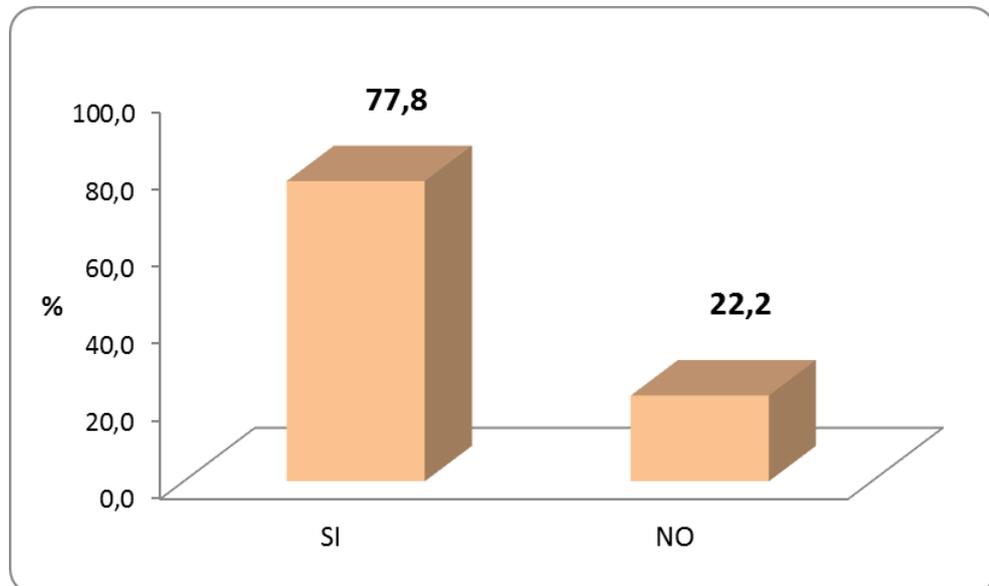


Gráfico 08. Porcentaje de pacientes apendicectomizados según deficiente sistema de referencia y contrarreferencia del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Frente al deficiente sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes apendicectomizados en estudio, se encontró que el 77,8% (70 pacientes) tuvieron deficiente sistema de referencia y contrarreferencia y el 22,2% (20 pacientes) no presentaron deficiente sistema de referencia y contrarreferencia.

Tabla 09. Demora del tiempo de evolución pre operatoria en pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Demora del tiempo de evolución pre operatoria	Frecuencia	%
SI	65	72,2
NO	25	27,8
Total	90	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

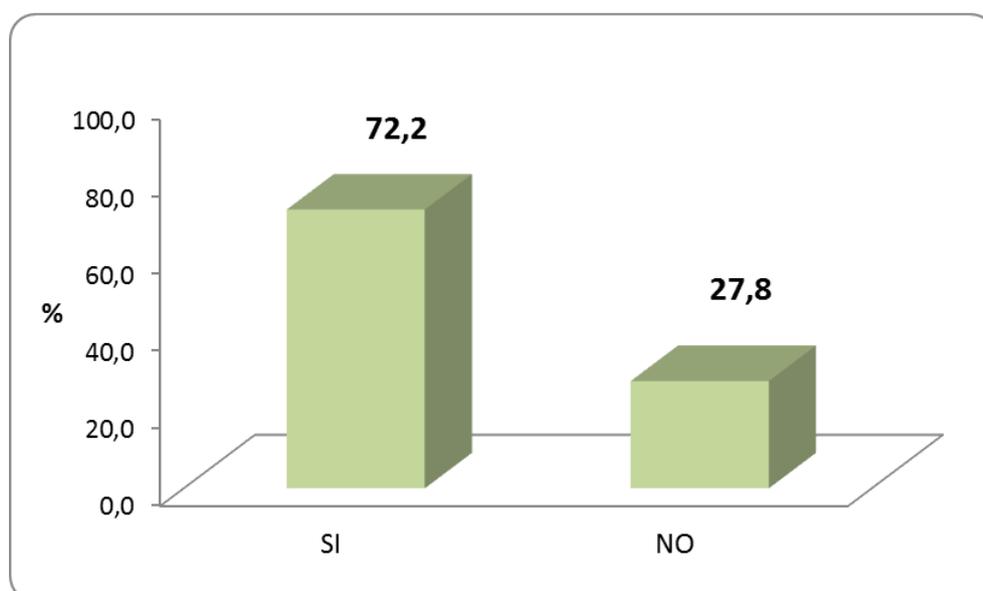


Gráfico 09. Porcentaje de pacientes apendicectomizados según demora del tiempo de evolución pre operatoria del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

En lo que respecta a la demora del tiempo de evolución pre operatoria de los pacientes apendicectomizados en estudio, se encontró que el 72,2% (65 pacientes) tuvieron demora del tiempo de evolución pre operatoria y el 27,8% (25 pacientes) no tuvieron demora del tiempo de evolución pre operatoria.

4.1.3. CARACTERISTICAS DEL RETARDO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Tabla 10. Retardo de la intervención quirúrgica en pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Retardo de la intervención quirúrgica	Frecuencia	%
SI	22	24,4
NO	68	75,6
Total	90	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

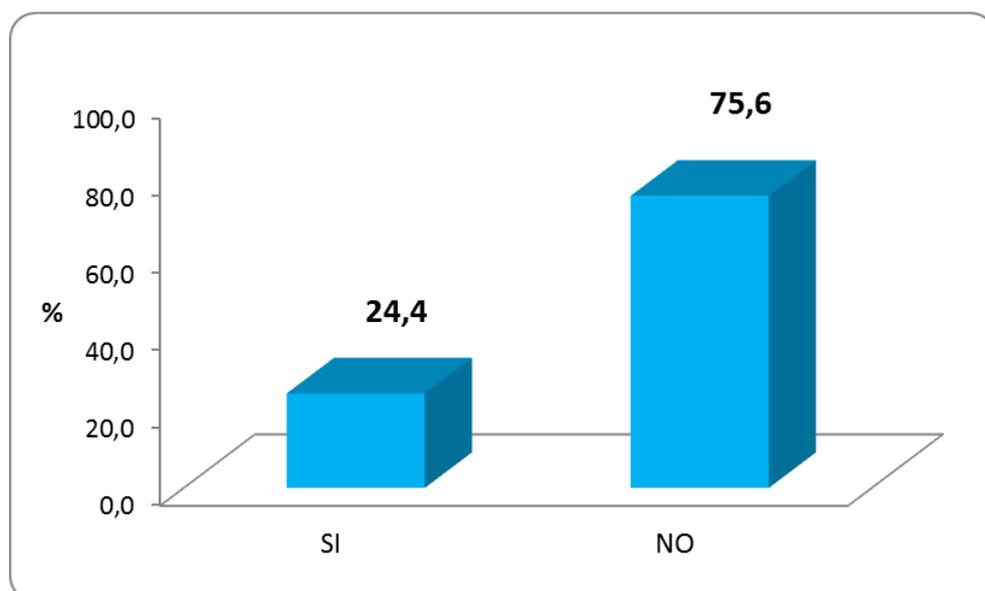


Gráfico 10. Porcentaje de pacientes apendicectomizados según retardo de la intervención quirúrgica del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

En relación al retardo de la intervención quirúrgica en pacientes apendicectomizados en estudio, se encontró que el 24,4% (22 pacientes) tuvieron retardo de la intervención quirúrgica y el 75,6% (68 pacientes) no presentaron retardo de la intervención quirúrgica.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS RESULTADOS

Tabla 11. Relación entre la automedicación y el retardo de la intervención quirúrgica de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional “Sergio E. Bernales”, Comas-Lima, 2015.

Automedicación	Retardo de la intervención quirúrgica				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO					
	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	21	23,3	47	52,2	68	75,6	6,24	0,012
NO	1	1,1	21	23,3	22	24,4		
Total	22	24,4	68	75,6	90	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

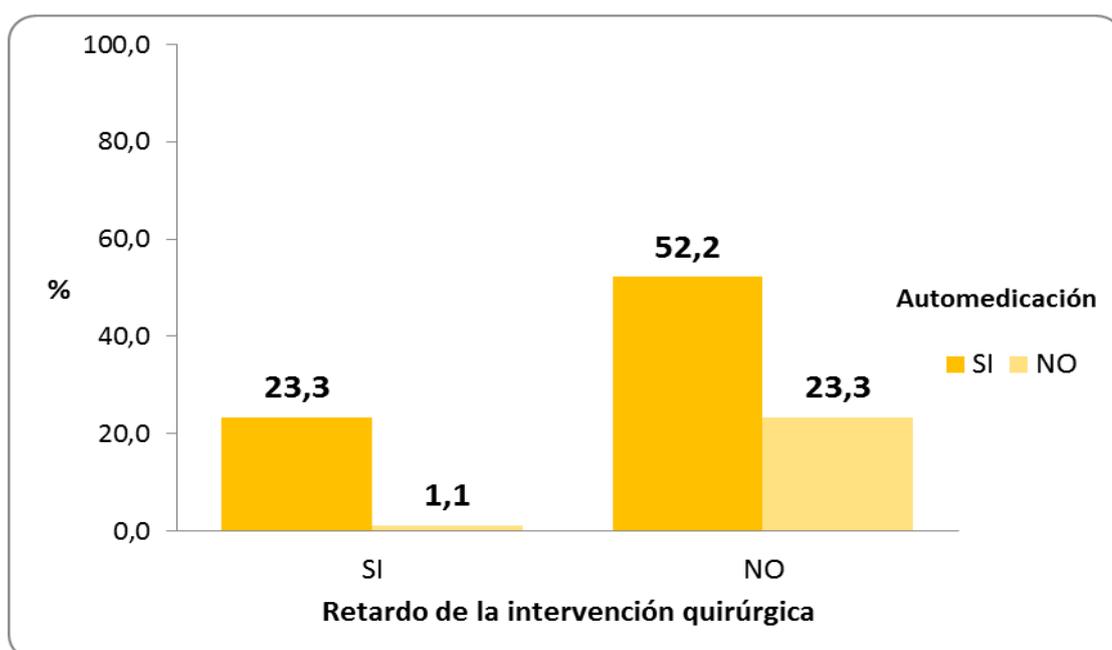


Gráfico 11. Porcentaje de pacientes apendicectomizados según automedicación y retardo de la intervención quirúrgica del Hospital Nacional “Sergio E. Bernales”, Comas-Lima, 2015.

Respecto a la relación entre la automedicación y el retardo de la intervención quirúrgica de pacientes apendicectomizados en estudio, observamos que el 23,3% de los pacientes tuvieron automedicación y a la vez presentaron retardo de la intervención quirúrgica. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó

significativo estadísticamente ($X^2=6,24$; $P\leq 0,012$); es decir la automedicación se relaciona significativamente con el retardo de la intervención quirúrgica de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima.

Tabla 12. Relación entre el error diagnóstico en la primera consulta y el retardo de la intervención quirúrgica de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Error diagnóstico en la primera consulta	Retardo de la intervención quirúrgica				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO					
	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	22	24,4	56	62,2	78	86,7	4,48	0,034
NO	0	0,0	12	13,3	12	13,3		
Total	22	24,4	68	75,6	90	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

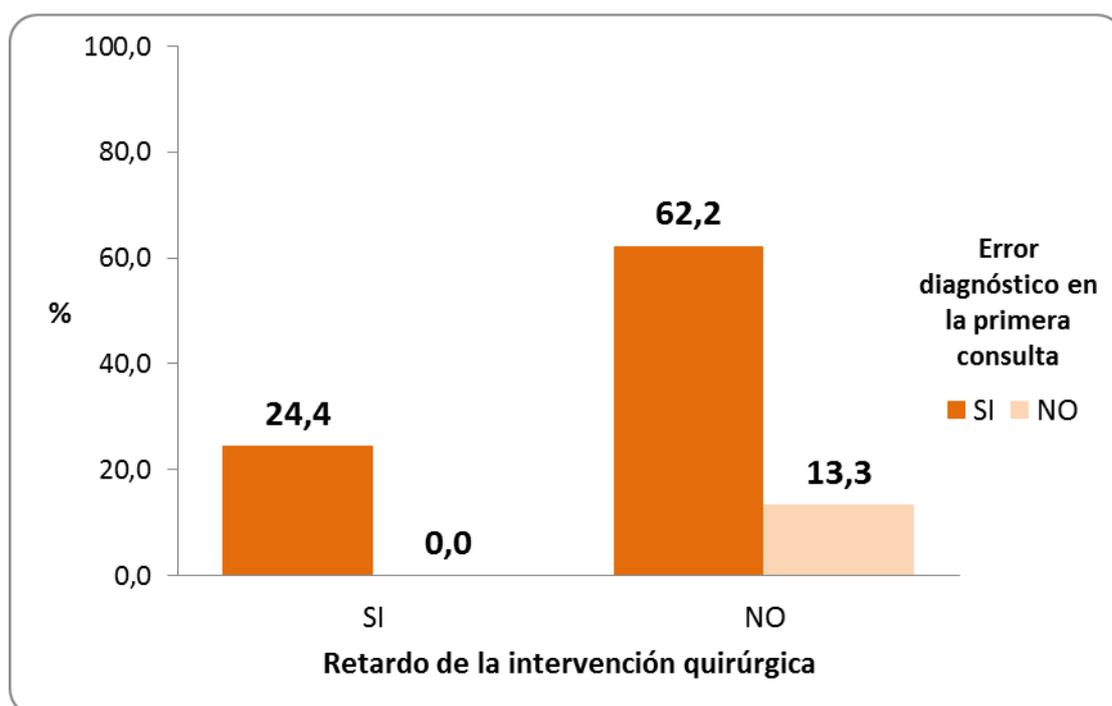


Gráfico 12. Porcentaje de pacientes apendicectomizados según error diagnóstico en la primera consulta y retardo de la intervención quirúrgica del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Con respecto a la relación entre el error diagnóstico en la primera consulta y el retardo de la intervención quirúrgica de pacientes apendicectomizados en estudio, observamos que el 24,4% de los pacientes tuvieron error diagnóstico

en la primera consulta y a la vez presentaron retardo de la intervención quirúrgica. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó significativo estadísticamente ($X^2=4,48$; $P\leq 0,034$); es decir el error diagnóstico en la primera consulta se relaciona significativamente con el retardo de la intervención quirúrgica de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima.

Tabla 13. Relación entre deficiente sistema de referencia y contrarreferencia y el retardo de la intervención quirúrgica de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Deficiente sistema de referencia y contrarreferencia	Retardo de la intervención quirúrgica				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO					
	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	21	23,3	49	54,4	70	77,8		
NO	1	1,1	19	21,1	20	22,2	5,26	0,022
Total	22	24,4	68	75,6	90	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

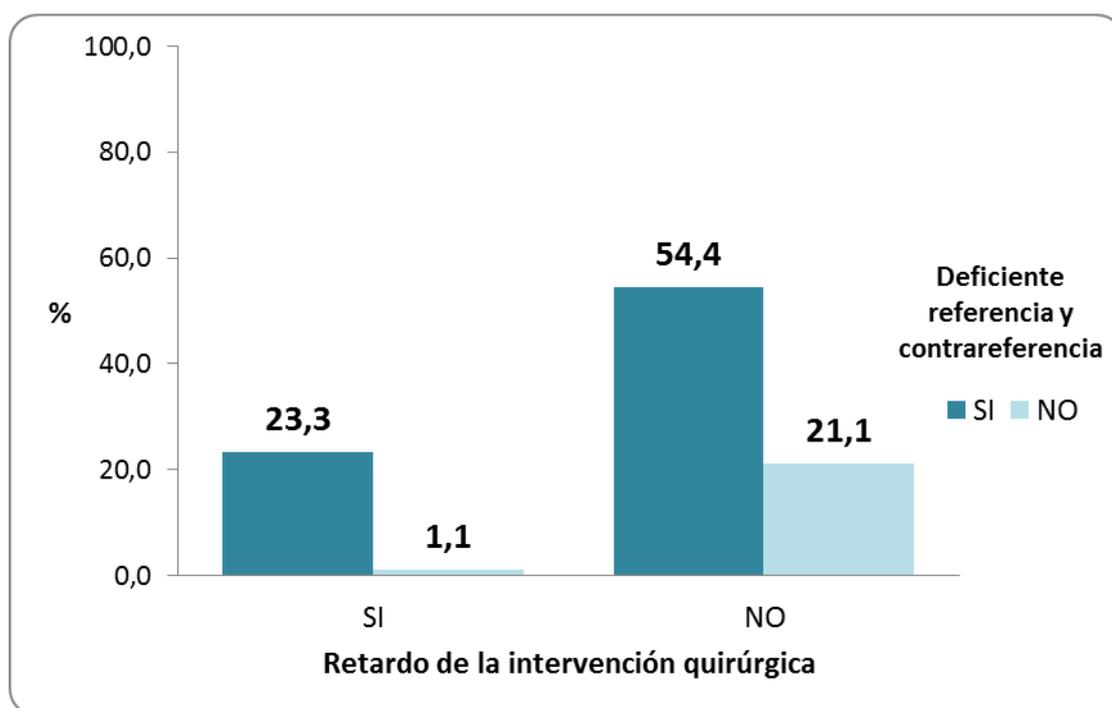


Gráfico 13. Porcentaje de pacientes apendicectomizados según deficiente sistema de referencia y contrarreferencia y retardo de la intervención quirúrgica del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Concerniente a la relación entre deficiente sistema de referencia y contrarreferencia y el retardo de la intervención quirúrgica de pacientes apendicectomizados en estudio, observamos que el 23,3% de los pacientes

tuvieron deficiente sistema de referencia y contrarreferencia y a la vez presentaron retardo de la intervención quirúrgica. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó significativo estadísticamente ($X^2=5,26$; $P\leq 0,022$); es decir el deficiente sistema de referencia y contrarreferencia se relaciona significativamente con el retardo de la intervención quirúrgica de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima.

Tabla 14. Relación entre la demora del tiempo de evolución pre operatoria y el retardo de la intervención quirúrgica de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Demora del tiempo de evolución pre operatoria	Retardo de la intervención quirúrgica				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO					
	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	20	22,2	45	50,0	65	72,2	5,07	0,024
NO	2	2,2	23	25,6	25	27,8		
Total	22	24,4	68	75,6	90	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

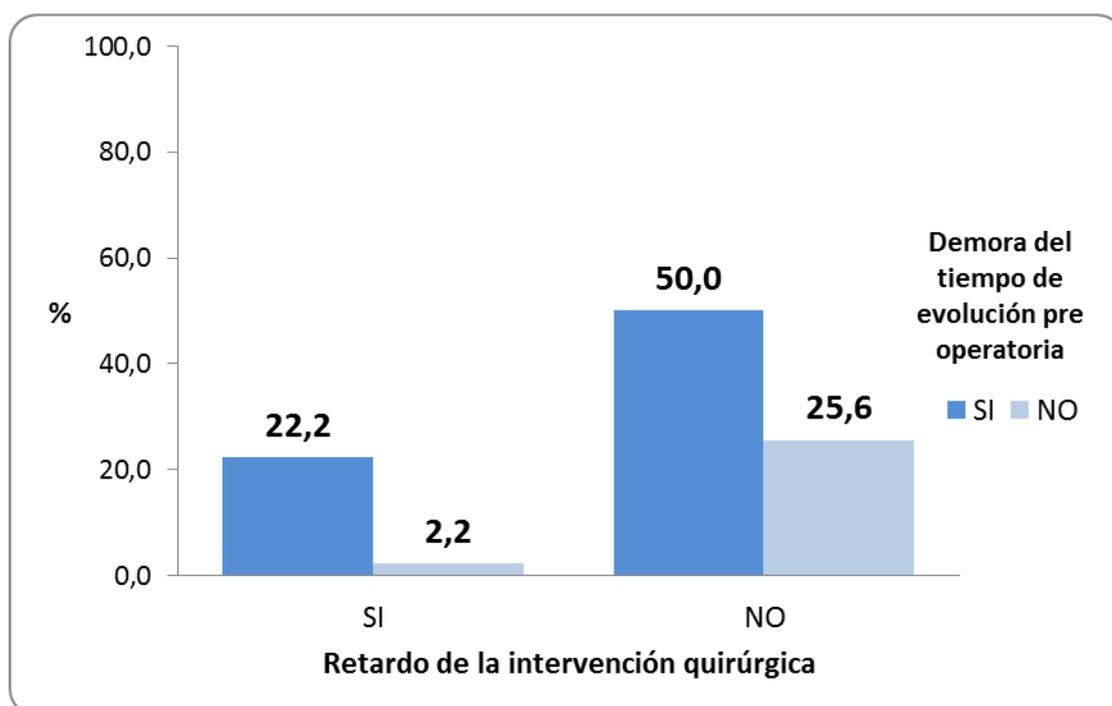


Gráfico 14. Porcentaje de pacientes apendicectomizados según demora del tiempo de evolución pre operatoria y retardo de la intervención quirúrgica del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima, 2015.

Y, en cuanto a la relación entre la demora del tiempo de evolución pre operatoria y el retardo de la intervención quirúrgica de pacientes apendicectomizados en estudio, observamos que el 22,2% de los pacientes

tuvieron demora del tiempo de evolución pre operatoria y a la vez presentaron retardo de la intervención quirúrgica. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó significativo estadísticamente ($X^2=5,07$; $P\leq 0,024$); es decir la demora del tiempo de evolución pre operatoria se relaciona significativamente con el retardo de la intervención quirúrgica de pacientes apendicectomizados del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", Comas-Lima.

CAPITULO V

DISCUSION

5.1. DISCUSION DE RESULTADOS.

El diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la apendicitis aguda posterior al inicio del cuadro clínico, reduce el riesgo de complicaciones que disminuyen la estancia hospitalaria y por ende los costos para el paciente y la institución (51).

Diferentes estudios reportan que el retardo en el diagnóstico y la inadecuada conducta preoperatoria constituyen las causas en la evolución desfavorable de los pacientes que padecen enfermedades quirúrgicas, por lo cual aparecen con más frecuencia complicaciones (52).

En nuestra investigación se encontró que el 24,4% (22 pacientes) tuvieron retardo de la intervención quirúrgica. Por otro lado, se demostró que los factores dependientes del paciente como la automedicación ($X^2=6,24$; $P\leq 0,012$) y la demora del tiempo de evolución pre operatoria ($X^2=5,07$; $P\leq 0,024$) se relacionan significativamente con el retardo de la intervención quirúrgica de apendicitis aguda. Y, también se encontró que los factores dependientes del prestador de los servicios de salud como el

error diagnóstico en la primera consulta ($X^2=4,48$; $P\leq 0,034$) y el deficiente sistema de referencia y contrarreferencia ($X^2=5,26$; $P\leq 0,022$) se relacionan significativamente con el retardo de la intervención quirúrgica de apendicitis aguda.

Corroboran nuestros resultados, el estudio de Vargas, López, Ramírez, Rodríguez y Fernández (53) quienes concluyeron que el error en el diagnóstico y la automedicación fueron factores para el retraso en el tratamiento y la presentación de apendicitis avanzada.

Por su parte, Cabrejos, Novoa, Iyo y Román (54) identificaron como principales factores que condicionaron la demora en la intervención quirúrgica de pacientes con diagnóstico post operatorio confirmatorio de apendicitis aguda al hecho que el mismo paciente se retrasa en acudir a los servicios de salud y que existen dificultades para el traslado de los pacientes por razones geográficas.

Martínez, Gallardo, Morales y Pérez (55) mencionan que diversos factores originan retardo en la atención de pacientes con apendicitis aguda, entre los que destacan la premedicación con analgésicos y antibióticos, la diabetes mellitus y las edades extremas de la vida, que originan un diagnóstico e intervención quirúrgica tardía.

García, Díaz y Chiriboga (56) confirmaron que el factor de riesgo que retrasan la apendicectomía es la automedicación, con 2,4 (OR) veces más riesgo de presentar complicaciones, siendo los AINES con 26,5% y espasmolíticos con 35% los más consumidos.

Velázquez en el 2009, citado por Hernández y Eiros (57), realizó un estudio de premedicación como factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda, y demostró que el 58.9% de los

pacientes fueron medicados, y, que de éstos al 42.4% de los pacientes se les administró por vía enteral y/o parenteral butilhioscina y metamizol, de los cuáles el 57.5% fue prescrito por facultativo y el restante por automedicación; el 18.3% fueron medicados con antibióticos y el 39.3% con otros AINES.

Velázquez, Ramírez y Vega (58) en su estudio concluyeron que la medicación previa en pacientes con apendicitis aguda sí está asociada al retraso en la toma de la decisión quirúrgica.

Y, Martínez, Gallardo, Morales y Pérez (59) encontraron que el antecedente de medicación previa se correlacionó con el retardo en la hospitalización, el diagnóstico, la intervención quirúrgica y las complicaciones de la apendicitis aguda.

Finalmente, comunicamos que dentro de las limitaciones, se tuvieron el diseño de corte trasversal, es decir, no permite inferir causalidad. Sin embargo, esta investigación es un punto de partida para que se realicen estudios de tipo prospectivo y longitudinal que puedan establecer claramente los factores que se asocian en el retardo de la intervención quirúrgica de los pacientes con apendicitis aguda.

CONCLUSIONES

En el estudio se llegaron a las siguientes conclusiones:

- El 24,4% (22 pacientes) presentaron retardo de la intervención quirúrgica.
- Por otro lado, los factores dependientes del paciente como la automedicación ($p \leq 0,012$) y la demora del tiempo de evolución pre operatoria ($p \leq 0,024$) se relacionan significativamente con el retardo de la intervención quirúrgica de apendicitis aguda.
- Y, los factores dependientes del prestador de los servicios de salud como el error diagnóstico en la primera consulta ($p \leq 0,034$) y el deficiente sistema de referencia y contrarreferencia ($p \leq 0,022$) se relacionan significativamente con el retardo de la intervención quirúrgica de apendicitis aguda.

SUGERENCIAS

Se establecen las siguientes sugerencias:

- Es necesario dirigir y estimular la implementación de una política de costo hospitalario efectiva, más real, que tenga en cuenta el mismo por patologías médicas, con el objetivo supremo de generalizar las mismas y obtener una media que permita evaluar la eficiencia económica de la atención médica, al igual que los elementos éticos, satisfacción y optimización.
- Realizar jornadas de educación con la finalidad de informar al paciente con apendicitis aguda y sus familiares sobre esta patología, lo cual conducirá a un mejor manejo del problema y diagnóstico precoz.
- Educación masiva sobre los efectos de la automedicación, en patologías tan frecuentes que ocupan los primeros índices de morbilidad y mortalidad, como es el caso de apendicitis aguda.
- Realizar un interrogatorio adecuado sobre el cuadro clínico, haciendo una descripción minuciosa del mismo.
- Reforzar los servicios de emergencia con protocolos de atención que faciliten el diagnóstico oportuno y certero de la apendicitis aguda.
- Socializar el presente estudio en la institución participante y sus áreas de afluencia, para que se conozca la realidad y se actúe sobre ella, evitando complicaciones en los pacientes con apendicitis aguda que pongan en riesgo su vida; y, gastos innecesarios para la institución.
- Realización de estudios longitudinales a mediano plazo para comprobar los hallazgos realizados en el presente estudio

BIBLIOGRAFIA

1. García AB, Díaz XA, Chiriboga GD. Factores que retrasan el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda, hospital Homero Castanier Crespo, Azogues 2013. [Tesis]. Cuenca – Ecuador: Universidad de Cuenca; 2013.
2. Rothrock SG, Skeoch G, Rush JJ, Johnson NE. Clinical features of misdiagnose dappendicitis in children. *Ann EmergMed* 1991; 21:45-50.
3. Velázquez JD, Ramírez F, Vega J. Premedicación, factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda. *Cir Gen* 2009;31:105-109.
4. Cabrejos JG, Novoa AR, Iyo LF, Román N. Factores causantes y consecuencias de la demora en el tratamiento quirúrgico de pacientes con apendicitis aguda en el Hospital de Apoyo de Chachapoyas entre 1995 y 2000. *RevMedHered* 2001;12(1):3-7.
5. Gerardo JA, Hernández JL. Factores asociados a la perforación apendicular en pacientes con apendicitis aguda. Experiencia en el Nuevo Sanatorio Durango. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*; Mayo-Junio 2013;56(3):21-25.
6. Lee J, Leow C, Lau W. Appendicitis in the elderly. *Australian & New Zealand Journal of Surgery*. 2000; (70) 8: 593-596.
7. Bravo A; Moreno M, San Germán L. Apendicitis aguda en la infancia. La importancia de su diagnóstico temprano. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2009; (52) 1: 5-7.
8. Andersson M, Andersson R. The apendicitis inflammatory response score: A tool for the diagnosis of acute apendicitis that out performs the Alvarado score. *World J Surg* (2008) 32: 1843-1849.

9. Velásquez H, Aguirre M, Valdivia B, Ruiz A , Cornejo M, Torres M. Valor del Ultrasonido en el Diagnóstico y Manejo de la Apendicitis Aguda. RevGastroenterol Perú [seriada en línea] 2006; 27: 259-263.
10. Tapia C, Castillo R, Ramos O, Morales J, Blacud R, Vega R et al. Detección precoz de infección de herida operatoria en pacientes apendicectomizados. RevChilCir [revista en la Internet]. 2006 Jun [citado 2011 Mayo 30] ; 58(3): 181-186.
11. Farfan O. Apendicitis aguda en el hospital Dos de Mayo . Enero 2000-Julio del 2001[Tesis Doctoral]. Lima, Peru: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002.
12. Márquez E, et al. Dolor en fosa iliaca derecha. ID e-Poster: 1188, Sección: Abdomen, Institución: Hospital del Mar. (consultado 2015, 15 Marzo), Disponible en: http://seram2010.com/modules.php?name=posters&file=viewpaper&idpaper=1188&idsection=0&in_window=&forpubli=&viewAuthor=17-04-13
13. Kozar RA, Roslyn JJ. El apendice. En: Schwartz-Shires, Spencer. Principios de Cirugía, edit. McGraw-Hill, 8a ed. 2005: 147-586.
14. Athie GC, Guizar BC, Rivera RH. Epidemiología de la patología abdominal aguda en el servicio de urgencias del Hospital General de México. Análisis de 30 años. Cir Gen 1999; 21: 99-104.
15. Temple CI, Uchcroft SA, Temple WJ. The natural history of appendicitis in adults. A prospectivestudy. Ann Surg 2000; 223: 125-128.
16. Vargas-Domínguez A, López-Romero S, Ramírez-Tapia D, Rodríguez-Báez A, Fernandez-Hidalgo E. Apendicitis, factores de riesgo que influyen en el retraso del tratamiento. Cir Gen 2001; 23: 154-157.

17. Chamisa I. A clinicopathological review of 324 appendices removed for acute appendicitis in Durban, South Africa: a retrospective analysis. *Ann R CollSurgEngl* 2009;91:68-92.
18. Hernández-Novoa B, Eiros-Bouza JM. Automedicación con antibióticos: una realidad vigente. *Centro de Salud* 2001; 9: 357-364.
19. Velázquez JD, Ramírez F, Vega J. Op. Cit. P. 108.
20. Gerardo JA, Hernández JL. Op. Cit. P. 21.
21. Vargas A, López S, Ramírez D, Rodríguez A, Fernández E. Apendicitis, factores de riesgo que influyen en el retraso del tratamiento. *Cir Gen*, 2001;23(3):154-157.
22. Cabrejos JG, Novoa AR, Iyo LF, Román N. Op. Cit. P. 7.
23. Gerardo JA, Hernández JL. Op. Cit. P. 21-22.
24. Velázquez JD, Ramírez F, Vega J. Op. Cit. P. 105.
25. Pérez A, Conde J, Martínez MA, Bento L, Busto N, Goñi C. Cirugía programada de la apendicitis aguda. *CirPediatr* 2005; 18: 109-112.
26. Vargas A, López S, Ramírez D, Rodríguez A, Fernández E. Op. Cit. P. 154.
27. Cabrejos JG, Novoa AR, Iyo LF, Román N. Op. Cit. P. 3.
28. Gómez E. Apendicitis Aguda. Centro Estatal de Información en Salud. México. 2004.
29. Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda. Código cie 10: k35; diciembre 2013.
30. Menéndez R, Cárdenas E. Marcadores séricos de isquemia intestinal aguda para el diagnóstico de apendicitis aguda. *Circuruj*. 2005; 73(1): 449-452.
31. Arcana H. Factores relacionados con la apendicitis aguda complicada en pacientes de 15 a 60 años en emergencia del HNAL un enfoque basado en la evidencia 2003. Lima – Perú 2004.

32. IBID. P. 38.
33. Gómez E. Op. Cit. P. 54.
34. IBID. P. 32.
35. IBID. P. 41.
36. González Álvarez R, “Correlación Clínico-Ecográfico-Quirúrgico-Patológica en Pacientes Pediátricos con Apendicitis Aguda en el hospital infantil de Morelia del 1 Julio del 2009 al 1 de Julio del 2010”. Tesis para optar el Grado de Especialista en Pediatría Médica.
37. Farreras-Rozman: Medicina Interna, 16ª Edición. Ediciones Harcourt S.A. 2009. p. 168-73.
38. Schwartz S., Burunicardi C., Andersen D., Araiza., Orizaga J., Pérez G. Principios de Cirugía. 8va edición. México. Ed. Mc Graw – Hill Interamericana; 2008. p. 792-807.
39. Farreras-Rozman: Op. Cit. P. 168.
40. Medrano Y, Portal L, Parrilla F. Correlación clínicopatológica de la apendicitis aguda. Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Arnaldo Millan. [en línea]. Santa Clara. Villa Clara. Cuba. 2004.
41. González Álvarez R, Op. Cit. P. 28.
42. Farreras-Rozman: Op. Cit. P. 71.
43. Medrano Plana Y, Portal Benítez L, Parrilla Arias F. Op. Cit. 19.
44. Harrison. Principios de Medicina Interna. Apendicitis y peritonitis agudas. 2vols. 16a ed. México: McGraw-Hill; 2006.
45. García FM. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. Atención Primaria. 1998; 22:585-595.
46. Ramírez JM, Deus J. Practical score to aid decision making in doubtful cases of appendicitis. Br Surg. 2005; 81(5): 680-83.

47. Espinoza FO. Apendicitis aguda en el hospital Dos de Mayo [tesis]. Perú: Universidad Nacional mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2002.
48. El Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial 266-2009/MINSA: SISTEMA NACIONAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (SNRC), que es el conjunto ordenado y uniformizado de procesos, que permiten articular la atención del usuario en los servicios de salud con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención de manera oportuna con calidad, eficacia, eficiencia e integralidad.
49. Swank HA, Eshuis EJ, van Berge Henegouwen MI, Bemelman WA. Short- and long-term results of open versus laparoscopic appendectomy. *World J Surg* 2011; 35: 1221-1226.
50. Mason RJ. Appendicitis: is surgery the best option? *Lancet* 2011; 377: 1545-1546.
51. García AB, Díaz XA, Chiriboga GD. Op. Cit. P. 22.
52. Rojas OS, Hernández ED, Molina ML, Ojeda JJ. En: Estratificación prioridades para la urgencia quirúrgica resultados de la aplicación de un método diferente. [Internet]. 2005 [Consultado febrero 2016]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/scar/vol5/no1/scar04106.pdf>
53. Vargas A, López S, Ramírez D, Rodríguez A, Fernández E. Op. Cit. P. 154.
54. Cabrejos JG, Novoa AR, Iyo LF, Román N. Op. Cit. P. 3.
55. Martínez-De Jesús FR, Gallardo-Hernández R, Morales-Guzmán M, Pérez-Morales AG. Retardo en la hospitalización, el diagnóstico y la intervención quirúrgica por apendicitis aguda. *Rev Gastroenterol Méx* 1995; 60: 17-21.
56. García AB, Díaz XA, Chiriboga GD. Op. Cit. P. 33.
57. Hernández, B. Eiros-Bouza, JM. Op. Cit. P. 357.
58. Velázquez JD, Ramírez F, Vega J. Op. Cit. P. 105.

59. Martínez-De Jesús FR, Gallardo-Hernández R, Morales-Guzmán M, Pérez-Morales AG. Op. Cit. P. 17.

ANEXOS

Nº ficha:

Fecha: / /

ANEXO 01**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Factores que determinan el retardo de la intervención quirúrgica en pacientes con apendicitis aguda del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima 2015.

INSTRUCCIONES. Estimado Sr(a): A continuación Ud. tendrá una serie de datos relacionados a las características de los hijos huérfanos de las fallecidas por muerte materna, para ello marque con una X donde corresponda, de acuerdo a lo revisado y observado.

Muchas gracias.

I. DATOS GENERALES:

1.1. Edad: _____ años

1.2. Género:

Masculino ()

Femenino ()

1.3. Procedencia:

Urbana ()

Rural ()

Periurbana ()

II. DATOS SOBRE LA EVOLUCION DE LA APENDICITIS AGUDA:

2.1. Tiempo de enfermedad (Tiempo en horas transcurridas desde el inicio de la sintomatología, hasta el acto operatorio):

Menos de 24 horas ()

25 a 36 horas ()

37 a 48 horas ()

49 a 71 horas ()

Más de 72 horas ()

2.2. Admisión a la Emergencia: Fecha ___/___/_____ Hora _____

2.3. Intervención Quirúrgica: Fecha ___/___/_____ Hora _____

2.4. Diagnóstico preoperatorio: _____

2.5. Diagnóstico postoperatorio: _____

2.6. Hallazgos operatorios:

Apendicitis Aguda Supurada ()

Apendicitis Aguda Catarral ()

Apendicitis Aguda Gangrenosa ()

Apendicitis Aguda Perforada ()
Apendicitis Aguda complicada con Peritonitis ()
Otro ()
Ninguno ()

III. DATOS SOBRE FACTORES DE RIESGO:

3.1. Automedicación:

SI
NO

3.2. Atención médica pre-hospitalaria:

SI
NO

3.3. Diagnóstico errado en consulta primaria:

SI
NO

3.4. Referido (referencia extrahospitalaria):

SI
NO

ANEXO 02

**CUESTIONARIO DE VALIZACION PARA JUECES SOBRE EL
INSTRUMENTO OBJETO DE EVALUACION**

VARIABLE (ítems)	Respuesta positiva (1 punto)	Respuesta negativa (0 puntos)
El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación		
Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación		
Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento		
Los datos complementarios de la investigación son adecuados		
Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación		
El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares		
El orden de las preguntas es adecuado		
El vocabulario es correcto		
El número de preguntas es suficiente o muy amplio		
Las preguntas tienen carácter de excluyentes		

Sugerencias:

.....
Experto