

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POST GRADO



**FACTORES QUE RETRASAN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE APENDICITIS AGUDA HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE DE LIMA – 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN SALUD
PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

TESISTA: HOMERO RIOS ROJAS

ASESOR: Dra. MARINA LLANOS MELGAREJO

HUÁNUCO – PERU

2016

DEDICATORIA

A todos aquellos que han contribuido para
que recorrer el sendero del saber sea un éxito permanente.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento infinito a mis seres queridos que han sabido comprender las largas ausencias que conlleva el aprendizaje permanente.

A los maestros de la Universidad Nacional "Hermilio Valdizan" de Huánuco quienes con paciencia y dedicación nos han impulsado a la culminación de tan importante paso.

RESUMEN

Objetivo. Determinar los factores que retrasan el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio correlacional compuesto por 95 pacientes con apendicitis aguda, procedentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue – Lima 2015. Se utilizó una ficha de recolección de datos. Para el análisis inferencial se utilizó la Prueba Chi cuadrada.

Resultados. El 16,8% (16 pacientes) presentaron retraso en el tratamiento quirúrgico. Por otro lado, los factores en el retraso del tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda fueron la lejanía de la zona de procedencia ($p \leq 0,001$); la automedicación ($p \leq 0,041$); el diagnóstico errado ($p \leq 0,039$) y la demora de ingreso al quirófano ($p \leq 0,025$), siendo todas significativas estadísticamente.

Conclusiones. Existe relación significativa entre los factores dependientes del paciente y dependientes del prestador de los servicios de salud con el retraso en el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda.

Palabras clave: apendicitis aguda, retraso en el tratamiento quirúrgico, factores, paciente.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the factors delaying the surgical treatment of acute appendicitis.

METHODS: A correlational study comprised 95 patients with acute appendicitis, from the National Hospital Hipolito Unanue took place - a tab Lima 2015. Data collection was used. For the inferential analysis the Chi -square test was used.

RESULTS: 16.8% (16 patients) had delayed surgery. On the other hand , factors in delaying surgical treatment of acute appendicitis were the remoteness of the area of origin ($p \leq 0,001$); self-medication ($p \leq 0,041$); the misdiagnosis ($p \leq 0,039$) and delay entry into the operating room ($p \leq 0,025$), all being statistically significant.

CONCLUSIONS: There is significant relationship between patient factors and dependent of the provider of health services to the delay in the surgical treatment of acute appendicitis.

Keywords: *Acute appendicitis, delayed surgical treatment, factors, patient.*

INTRODUCCION

La apendicitis aguda es el padecimiento que con más frecuencia requiere cirugía abdominal de urgencia (1).

Beauregard, Ituarte y Moo (2) señalan que la apendicitis aguda es un proceso inflamatorio del apéndice cecal, constituye la entidad quirúrgica de urgencias más frecuente y ocupa el 1% de todas las operaciones abdominales.

El diagnóstico temprano y correcto se considera la actuación clínica más significativa para reducir la morbimortalidad y las complicaciones asociadas a esta enfermedad. No obstante, el proceso diagnóstico constituye un desafío de significativa magnitud y exige la pericia de los médicos clínicos responsables de los servicios de admisiones y de los cirujanos (3).

Debido a ello, la apendicitis es una de las emergencias quirúrgicas más frecuente en nuestros hospitales, muchas veces subestimada. En el presente estudio, se evalúa 95 historias de pacientes que ingresaron a la emergencia del hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima bajo este diagnóstico y se indaga sobre los factores de riesgo que están directamente implicados en el retraso del tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda.

En ese sentido, el estudio se organiza en cinco capítulos. El primero comprende el problema, la justificación y los objetivos, de igual modo se consideran la hipótesis y las variables en estudio.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, el cual incluye los antecedentes del problema de investigación, las bases teóricas para el sustento de dicho tema y las definiciones conceptuales.

VII

El tercer capítulo está compuesto por la metodología de la investigación, como tipo de estudio, método de estudio, población y muestra, las técnicas de recolección y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el último y quinto capítulo se muestra 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
INTRODUCCIÓN	VI
INDICE	VIII

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema.....	10
1.2. Formulación del Problema	12
1.3. Objetivo General y objetivos específicos.....	13
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis	13
1.5. Variables	14
1.6. Justificación e importancia	14
1.7. Viabilidad.....	15
1.8. Limitaciones	15

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	16
2.2. Bases teóricas.....	19
2.3. Definiciones conceptuales.....	24
2.4. Bases epistémicos	26

CAPÍTULO III. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudio.....	27
3.2. Diseño y esquema de la investigación	27
3.3. Población y muestra.....	28
3.4. Instrumentos de recolección de datos.....	29
3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	30

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de los resultados.....	31
4.2. Análisis inferencial de los resultados	46

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Discusión.....	53
CONCLUSIONES	55
SUGERENCIAS	56
BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXOS	62

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION 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 (4).

Según las estadísticas mundiales, es la causa principal del abdomen agudo quirúrgico, pues más del 50% corresponden a apendicitis aguda, y es responsable de las 2/3 partes de las laparotomías practicadas. Según estudios; el 7-12% de la población padecerá apendicitis en algún momento de su vida, con incidencia máxima entre los 10 y los 30 años (5).

Lee, Leow y Lau (6) consideran 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, 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.

Según Alarcón (7), la apendicitis aguda se presenta aproximadamente en el 10% de la población general y existe un pico de máxima incidencia entre los 10 y los 20 años de edad; por otro lado, Aranda et al (8), reportaron que su pico de incidencia se produce entre los 20 y 30 años de edad, y que hay un ligero predominio de los hombres sobre las mujeres; siendo el riesgo de padecer apendicitis aproximadamente de 8,6% y 6,7% respectivamente.

En la población peruana el riesgo de padecer apendicitis aguda es de 7 a 12% con una media de edad entre 10 y 30 años (9).

Asimismo, la apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en la Emergencia del Hospital Dos de Mayo entre el periodo de Julio de 2008 a Junio de 2009, y representa el 52% del total de las intervenciones quirúrgicas abdominales. La forma flemonosa es la presentación más frecuente, tanto en hombres como en mujeres. Las formas complicadas de apendicitis aguda son más frecuentes en pacientes hombres. El cierre primario de la herida operatoria, en la apendicitis aguda complicada, se realizó en el 70% de los casos, y sólo en el resto de porcentaje se dejó la herida abierta para cierre secundario o por segunda intención. La apendicetomía abierta es la cirugía más practicada en el hospital, la forma laparoscópica de tratamiento representa sólo el 10.9% de los casos (10).

Por otra parte, la apendicitis aguda es la causa más común de dolor abdominal agudo, representando 47.8% de los ingresos quirúrgicos en los servicios de urgencias hospitalarias (11). El tratamiento correcto de la apendicitis es la apendicetomía temprana. Cuanto más pronto se realice, mejor (12). Una vez establecido el diagnóstico, la intervención quirúrgica puede retardarse en un lapso promedio de 7 horas (13).

Sin embargo, existen factores que retrasan la intervención quirúrgica como los menciona Velázquez, Ramírez y Vega (14) quienes informan 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.

Vargas, López, Ramírez, Rodríguez y Fernández (15) concluyeron que cinco de cada 10 facultativos erraron el diagnóstico prehospitalario, 98% de los pacientes

recibieron fármacos antes de llegar al nosocomio. Los errores de diagnóstico y la automedicación fueron factores que retrasaron la cirugía.

Cabrejos, Novoa, Iyo y Román (16) indican que existe un alto porcentaje de pacientes que se retrasan 72 o más horas desde el inicio de los síntomas hasta el acto operatorio. Los factores más importantes que condicionan la demora son: 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.

Por último, el hospital en estudio, es un establecimiento del Ministerio de Salud del cono Este de Lima y sirve como hospital de referencia de urgencias por lo tanto el diagnóstico y tratamiento oportuno de las diversas patologías quirúrgicas son pilares importante para su buen funcionamiento.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.

Por lo expuesto se formuló la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que retrasan el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda en pacientes atendidos en el hospital Nacional Hipólito Unanue – Lima 2015?

Problemas específicos:

- ¿Cuáles son los factores dependientes del paciente que retrasan el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda en pacientes atendidos en el hospital Nacional Hipólito Unanue – Lima 2015?
- ¿Cuáles son los factores dependientes del prestador de los servicios de salud que retrasan el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda en pacientes atendidos en el hospital Nacional Hipólito Unanue – Lima 2015?

1.3 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

a. Objetivo General:

- Determinar los factores que retrasan el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda en pacientes atendidos en el hospital Nacional Hipólito Unanue – Lima 2015.

b. Objetivos Específicos:

- Identificar los factores dependientes del paciente que retrasan el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda en pacientes atendidos en el hospital Nacional Hipólito Unanue – Lima 2015.
- Evaluar los factores dependientes del prestador de los servicios de salud que retrasan el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda en pacientes atendidos en el hospital Nacional Hipólito Unanue – Lima 2015.

1.4 HIPÓTESIS Y/O SISTEMA DE HIPÓTESIS.

a. HIPOTESIS GENERAL:

Ha: Los factores asociados se relacionan con el retraso en el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda en pacientes atendidos en el hospital Nacional Hipólito Unanue – Lima 2015.

a. HIPOTESIS ESPECÍFICAS:

Ha₁: Los factores dependientes del paciente se relacionan con el retraso en el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda en pacientes atendidos en el hospital Nacional Hipólito Unanue – Lima 2015.

Ha₂: Los factores dependientes del prestador de los servicios de salud se relacionan con el retraso en el tratamiento quirúrgico de

apendicitis aguda en pacientes atendidos en el hospital Nacional

Hipólito Unanue – Lima 2015.

1.5 VARIABLES.

a. IDENTIFICACION DE LA VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE

Retraso en el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores asociados.

b. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE				
Retraso en el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda	Retraso en el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda	Retraso en el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda (SI/NO)	Cualitativa	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Factores asociados	Factores dependientes del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Lejanía de la zona de procedencia • Automedicación • Atención médica pre hospitalaria 	Cualitativa	Nominal
	Factores dependientes del prestador de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico errado • Demora de ingreso al quirófano 	Cualitativa	Nominal
VARIABLES DE CARACTERIZACION				
Características generales	Características socio demográficas	Edad en años	Cuantitativa	De razón
		Sexo	Cualitativa	Nominal
		Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal
		Ocupación	Cualitativa	Nominal
		Procedencia	Cualitativa	Nominal
	Características de la enfermedad	Tiempo de enfermedad en horas	Cualitativa	Ordinal
		Diagnóstico preoperatorio	Cualitativa	Nominal
		Diagnóstico postoperatorio	Cualitativa	Nominal
		Hallazgos operatorios	Cualitativa	Nominal

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.

El presente estudio de investigación se justificó:

Porque la apendicitis aguda continúa siendo la afección quirúrgica cuyo diagnóstico se plantea más frecuente en los servicios de urgencia de un hospital y ocupa una buena parte de las intervenciones practicadas.

También, porque la demora en el diagnóstico y en la instauración del tratamiento definitivo resulta en un incremento en la morbilidad relacionada a perforación, formación de abscesos, complicaciones post operatorias principalmente de la herida y mayor estancia hospitalaria; y por consiguiente mayor costo de atención.

Y, porque a pesar de existir nuevos métodos de diagnóstico complementario, estudios radiológicos simples y contrastados, ecografías, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, exámenes de laboratorio y otros, que pueden orientar en los casos dudosos, existen limitaciones inherentes a los pacientes, algunos de los cuales se automedican, acuden tardíamente al centro asistencial o son diagnosticados erróneamente, generando el subsecuente retraso en el tratamiento quirúrgico, incrementando el riesgo de complicaciones postoperatorias, la estancia hospitalaria y los costos.

1.7 VIABILIDAD.

El presente estudio de investigación tuvo viabilidad para su ejecución ya que por ser profesional que laboro en la institución tuve la oportunidad de acceder a la información, así mismo el costo del trabajo no representó riesgo a su ejecución.

1.8 LIMITACIONES.

La principal limitación fue el escaso tiempo para poder ejecutar la investigación. Asimismo, el aspecto más importante que obstaculiza el proceso de la investigación es la falta de un llenado adecuado de las Historias Clínicas de los pacientes así como los reportes operatorios.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES.

Se tuvo en consideración las siguientes revisiones:

En México, Velázquez, Ramírez y Vega (17) 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 (18) estudiaron las historias clínicas de pacientes afectos 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 (19) 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.

También en México, Martínez, Gallardo, Morales y Pérez (20) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar si la automedicación retarda el diagnóstico y atención quirúrgica de la apendicitis aguda e incrementa su morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria. Estudio retrospectivo, comparativo y observacional. Se intervinieron quirúrgicamente 57 pacientes por apendicitis aguda en tres grupos por el lapso entre el inicio de sus síntomas y su hospitalización. El grupo A con menos de 24 horas (n= 17) y el C con más de 48 horas (n= 20). Los grupos B y C presentaron retardos significativos, tanto en el diagnóstico ($p < 0.001$) como en su intervención quirúrgica ($p < 0.001$), en relación al grupo A. La frecuencia de pacientes con síntomas de síndrome abdominal agudo mostró tendencia positiva en relación al tiempo de hospitalización ($p= 0.03$). El antecedente de automedicación aumentó significativamente del grupo A al C ($p < 0.001$). Los grupos B y C mostraron porcentajes de complicación del 24 y 25 por ciento respectivamente ($p < 0.05$), a diferencia del A que no presentó complicaciones ($p < 0.05$). Además el grupo C mostró mortalidad de 5 por ciento por sepsis. Finalmente la estancia hospitalaria fue mayor en los grupos B y C ($p < 0.001$).

En el Perú, en el año 2001, Cabrejos, Novoa, Iyo y Román (21) 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. Treinta y cuatro 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 TEORICAS.

2.2.1. APENDICITIS AGUDA.

2.2.1.1. DEFINICIONES.

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo de moco asociado con poca elasticidad de la serosa (22).

Gómez (23) señala que 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 retrasan el diagnóstico y la terapéutica oportuna.

También la apendicitis aguda es el proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal, generalmente por obstrucción de su lumen (24).

Menéndez y Cárdenas (25) 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 (26).

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 (27).

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 (28).

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 (29).

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 (30).

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 (31).

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 (32). 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” (33).

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 (34).

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 (35).

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 (36). 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 (37).

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 (38).

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 (39).

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 (40).

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

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.

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 (41).

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 (42).

Sistema de referencia y contrareferencia: El Ministerio de Salud Pública, a través del proyecto MODERSA establece el sistema de referencia y contrareferencia en todos sus niveles asistenciales, que contribuyen con lo que dispone la Constitución y el nuevo modelo integral del Ministerio de Salud Pública, en donde se establecen las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población con la finalidad de lograr el buen vivir, la vida plena o Sumak Kawsay (43).

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.

h) Demora de ingreso al quirófano (sala de operaciones): Tiempo mayor de 6 horas transcurridas entre el ingreso a emergencia hasta el tratamiento definitivo.

2.4. BASES EPISTÉMICOS.

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) (44).

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 (45).

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

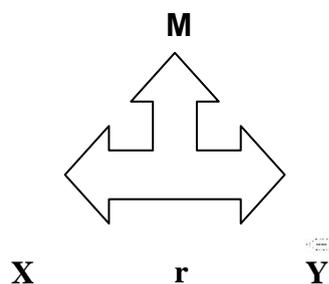
De acuerdo a las características del problema de investigación, a la formulación del problema y los objetivos definidos, el estudio fue de tipo **correlacional**.

Según la ocurrencia de los hechos fue de tipo **prospectivo** ya que fue necesario establecer los puentes de información actuales y de aquí en adelante.

Según el período de tiempo el estudio fue de tipo **transversal**, porque se tuvo en cuenta una cohorte durante la investigación.

3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación empleado fue el correlacional, como se muestra a continuación:



Dónde:

M= Población

X= Factores asociados.

Y= Retraso en el tratamiento quirúrgico.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACION

La población lo conformaron 470 de paciente registrados en el libro de sala de operaciones, corroborados en el libro de registro de pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda y que ingresaron por el servicio de emergencia del hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015.

- **CRITERIOS DE SELECCION:**

Dentro de los criterios de inclusión consideramos:

- Pacientes con edad mayor a 15 años
- Paciente apendicectomizados en el del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015.

Los criterios de exclusión fueron:

- Paciente con diagnóstico postoperatorio negativo de apendicitis aguda
- Pacientes con historia clínica incompleta
- Paciente inmunodeprimidos
- paciente con retraso mental o demencia
- Paciente gestantes

- **AMBITO Y TIEMPO DEL ESTUDIO:**

El estudio se realizó en Hospital Nacional Hipólito Unanue, ubicado en Lima.

El periodo del estudio fue en el año 2015.

3.3.2. MUESTRA

- **Unidad de análisis.**
Cada paciente con apendicitis aguda.
- **Unidad de muestreo.**

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

- **Marco muestral.**

Listado nominal.

- **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 9%

$N =$ Población

Cálculo:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 470}{(0.09)^2 (470-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{451,388}{4,7593}$$

$$n = 94,8$$

Por tanto, se trabajó con una muestra total de 95 pacientes con apendicitis aguda.

3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.4.1. INSTRUMENTOS:

a. Ficha de recolección de datos: Donde se tuvo en cuenta la información sobre los aspectos generales del paciente, características de la apendicitis aguda y

sobre los factores que retrasan el tratamiento quirúrgico de la enfermedad (Anexo 01).

3.5. TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

3.5.1. TÉCNICAS DE RECOJO Y PROCESAMIENTO.

En el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Solicitud de permiso a los directivos pertinentes.
- Se aplicó la ficha para la toma de datos durante la investigación.
- Selección, cómputo, o tabulación y evaluación de datos.
- Se interpretó los datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares o con la base teórica disponible.
- Ejecución del informe final.

3.5.2. PRESENTACIÓN DE DATOS.

a. Análisis descriptivo

En el análisis descriptivo de cada una de las variables se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de porcentaje para las variables categóricas.

b. Análisis Inferencial.

En el análisis inferencial de los datos se utilizó la Prueba de Chi cuadrada de independencia. Se tuvo en cuenta una significación de 0,05.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows.

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.

4.1.1. CARACTERISTICAS GENERALES:

Tabla 01. Edad en años de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Edad en años	Frecuencia	%
16 a 29	55	57,9
30 a 43	28	29,5
44 a 57	3	3,2
58 a 70	9	9,5
Total	95	100,0

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

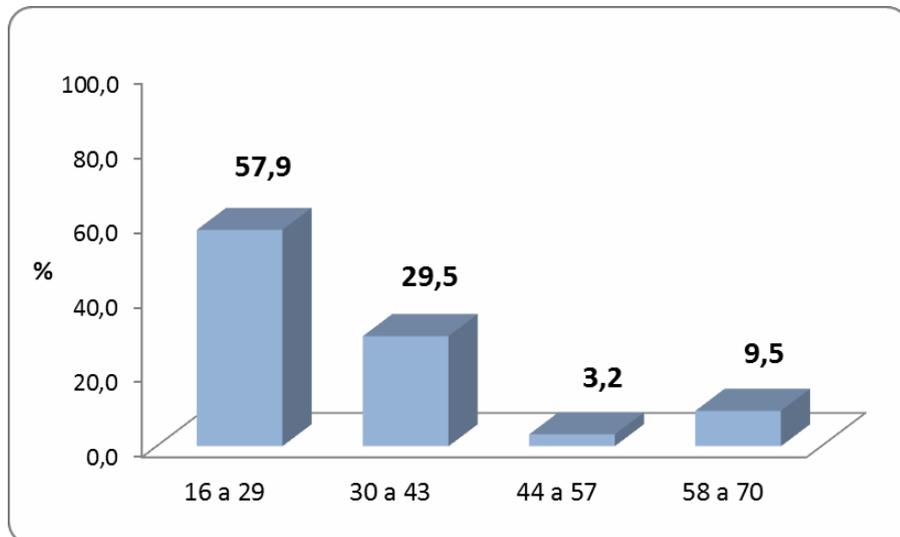


Gráfico 01. Porcentaje de pacientes según edad en años del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

En cuanto a la edad en años de los pacientes en estudio, se encontró que el 57,9% (55 pacientes) tuvieron edades entre 16 a 29 años, el 29,5% (28 pacientes) entre 30 a 43 años, el 9,5% entre 58 a 70 años y el 3,2% entre 44 a 57 años.

Tabla 02. Sexo de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	65	68,4
Femenino	30	31,6
Total	95	100,0

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

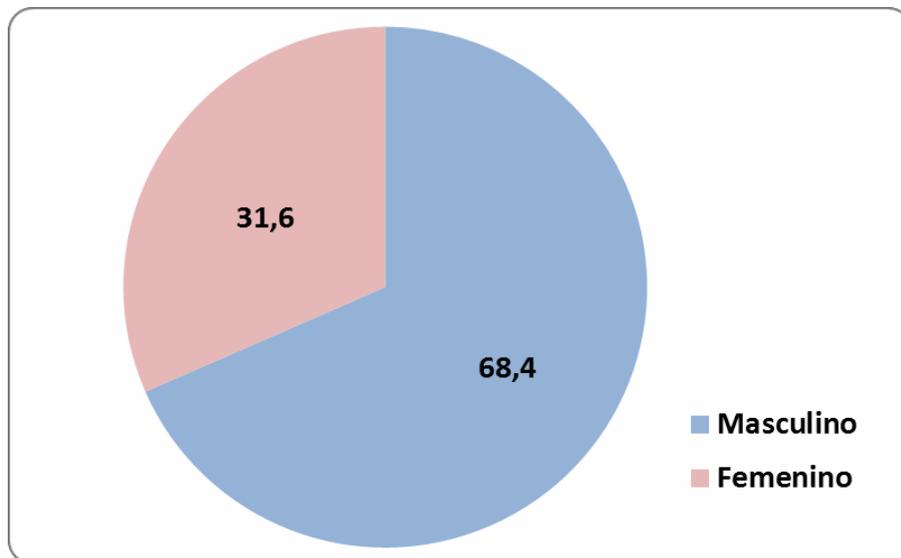


Gráfico 02. Porcentaje de pacientes según sexo del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Respecto al sexo de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía en estudio, se encontró que la mayoría del 68,4% (65 pacientes) fueron del sexo masculino y el 31,6% (30 pacientes) del sexo femenino.

Tabla 03. Grado de instrucción de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Primaria incompleta	3	3,2
Primaria completa	13	13,7
Secundaria incompleta	20	21,1
Secundaria completa	58	61,1
Superior completa	1	1,1
Total	95	100,0

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

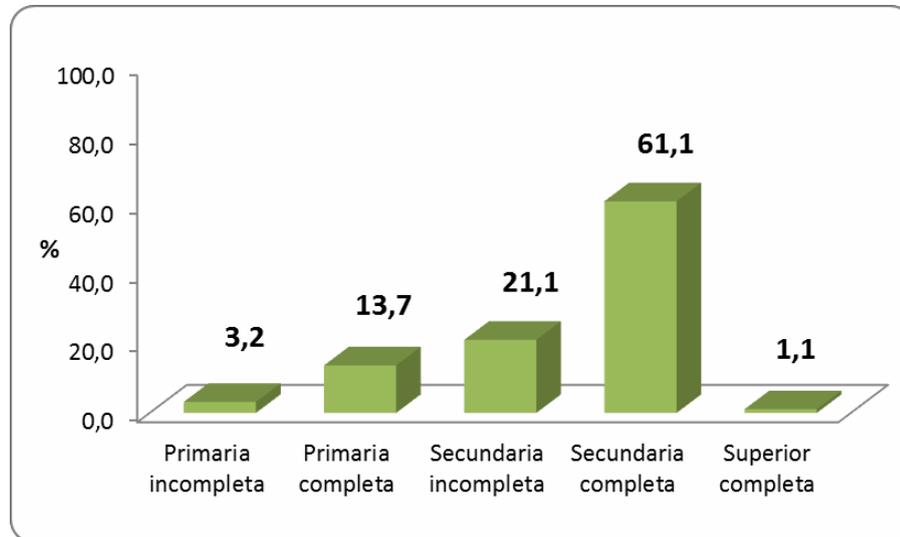


Gráfico 03. Porcentaje de pacientes según grado de instrucción del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Con respecto al grado de instrucción de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía en estudio, se encontró que la mayoría del 61,1% (58 pacientes) alcanzaron la secundaria completa, el 21,1% (20 pacientes) secundaria incompleta, el 13,7% (13 pacientes) primaria completa, el 3,2% (3 pacientes) primaria incompleta y uno de ellos tuvo educación superior completa.

Tabla 04. Ocupación de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Ocupación	Frecuencia	%
Agricultor	3	3,2
Albañil	1	1,1
Ama de casa	22	23,2
Ambulante	4	4,2
Chofer	17	17,9
Cocinero	1	1,1
Estudiante	22	23,2
Obrero	23	24,2
Técnico	2	2,1
Total	95	100,0

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

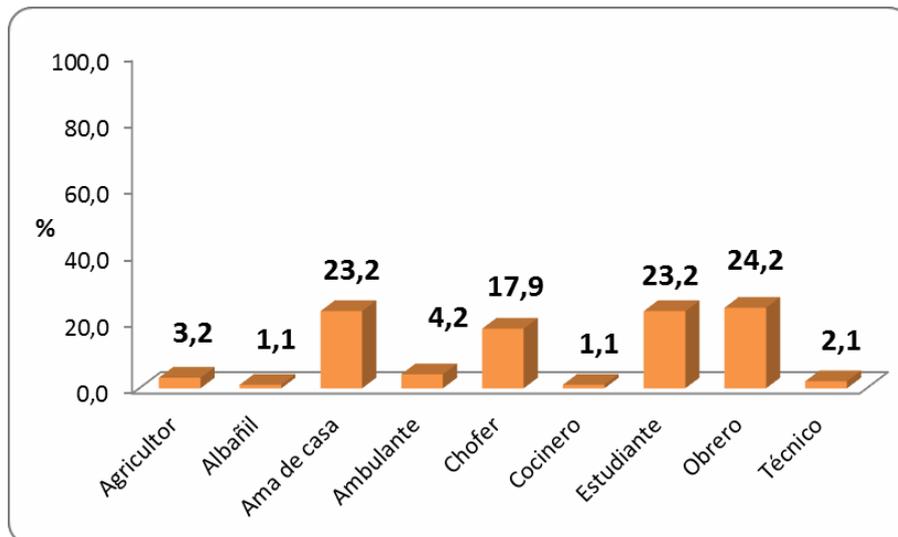


Gráfico 04. Porcentaje de pacientes según ocupación del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

En razón a la ocupación de los pacientes hospitalizados en estudio, se encontró que el 24,2% (23 pacientes) fueron obreros, el 23,2% (22 pacientes) ama de casa y estudiante, cada una. Asimismo, tuvieron la ocupación de chofer (17,9%); ambulante (4,2%); agricultor (3,2%); técnico (2,1%); albañil (1,1%) y cocinero (1,1%).

Tabla 05. Procedencia de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Procedencia	Frecuencia	%
Ate	24	25,3
Chosica	21	22,1
El Agustino	8	8,4
Huachochiri	2	2,1
La Victoria	1	1,1
Lima	27	28,4
San Eulalia	1	1,1
San Juan de Lurigancho	6	6,3
San Luís	4	4,2
Vitarte	1	1,1
Total	95	100,0

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

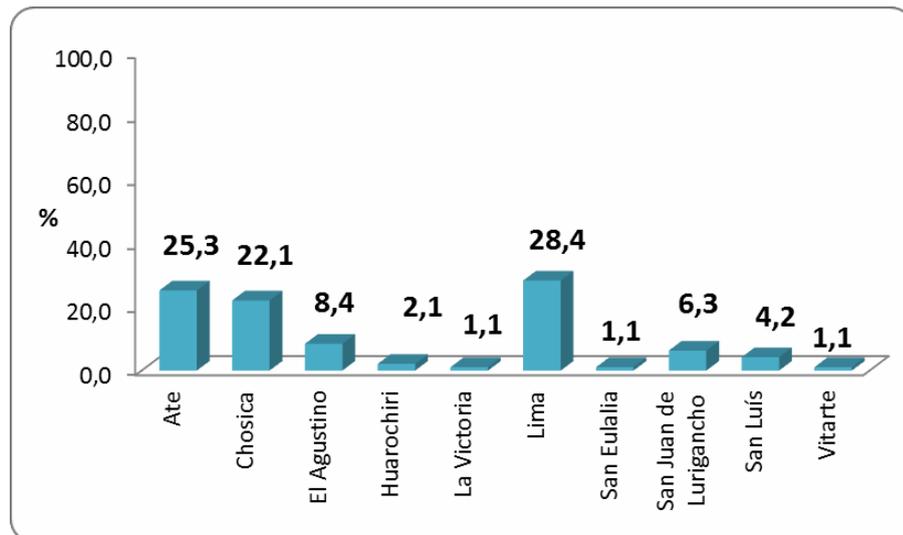


Gráfico 05. Porcentaje de pacientes según procedencia del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

En concordancia a la procedencia de los pacientes hospitalizados en estudio, se encontró que el 28,4% (27 pacientes) procedieron de Lima, el 25,3% (24 pacientes) de Ate y el 22,1% (21 pacientes) de Chosica. Asimismo, tuvieron la procedencia de El Agustino (8,4%); San Juan de Lurigancho (6,3%); San Luís (4,2%); Huachochiri (2,1%); La Victoria (1,1%); San Eulalia (1,1%) y Vitarte (1,1%).

4.1.2. CARACTERISTICAS SOBRE LA APENDICITIS AGUDA:

Tabla 06. Tiempo de enfermedad en horas de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Tiempo de enfermedad en horas	Frecuencia	%
≤ 24	29	30,5
25 a 47	31	32,6
≥ 48	35	36,8
Total	95	100,0

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

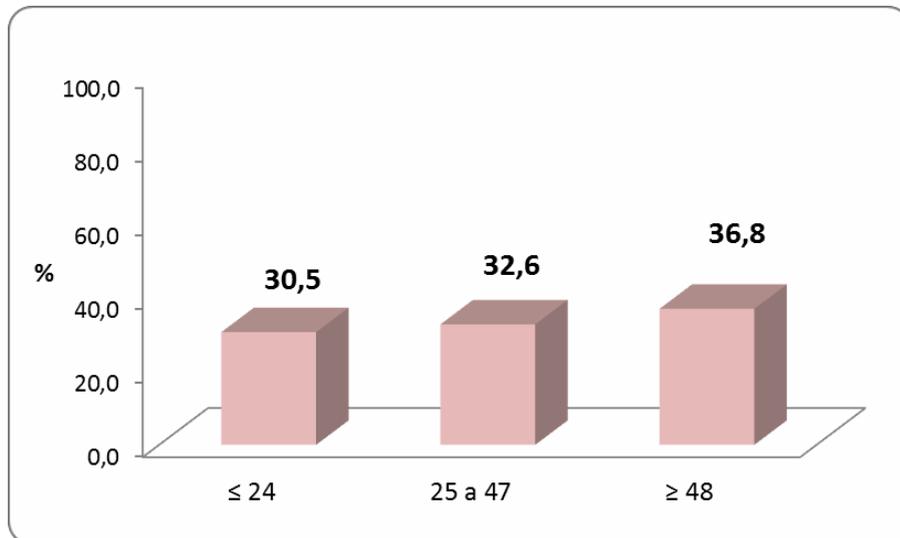


Gráfico 06. Porcentaje de pacientes según tiempo de enfermedad en horas del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

En relación al tiempo de enfermedad en horas de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía en estudio, se encontró que el 36,8% (35 pacientes) presentaron un tiempo \geq a 48 horas, el 32,6% (31 pacientes) entre 25 a 47 horas y el 30,5% (29 pacientes) \leq a 24 horas.

Tabla 07. Diagnóstico preoperatorio de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Diagnóstico preoperatorio	Frecuencia	%
Apendicitis aguda	73	76,8
Apendicitis aguda complicado	22	23,2
Total	95	100,0

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

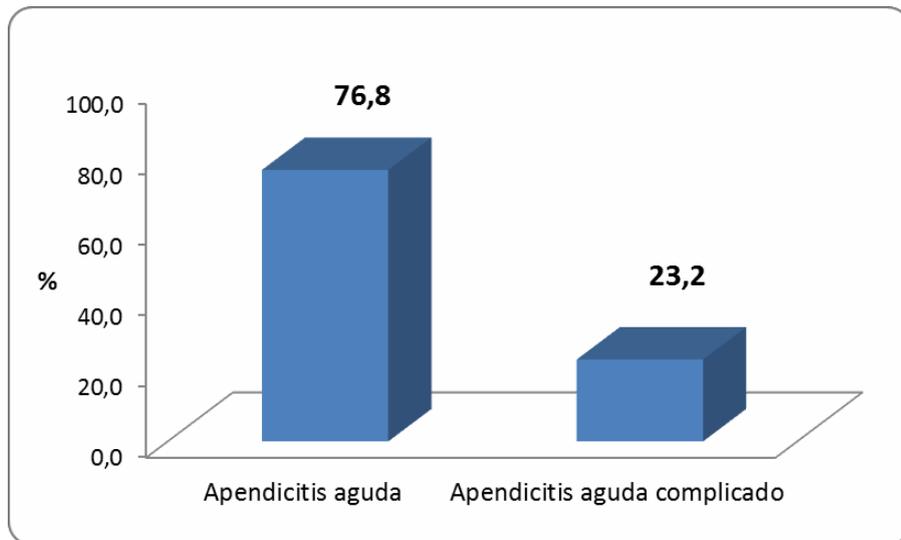


Gráfico 07. Porcentaje de pacientes según diagnóstico preoperatorio del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

En razón al diagnóstico preoperatorio de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía en estudio, se encontró que la mayoría del 76,8% (73 pacientes) tuvieron apendicitis aguda y el 23,2% (22 pacientes) presentaron apendicitis aguda complicado.

Tabla 08. Diagnóstico postoperatorio de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Diagnóstico postoperatorio	Frecuencia	%
Apendicitis aguda	18	18,9
Apendicitis aguda complicado	75	78,9
Diverticulitis	1	1,1
Embarazo ectópico	1	1,1
Total	95	100,0

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

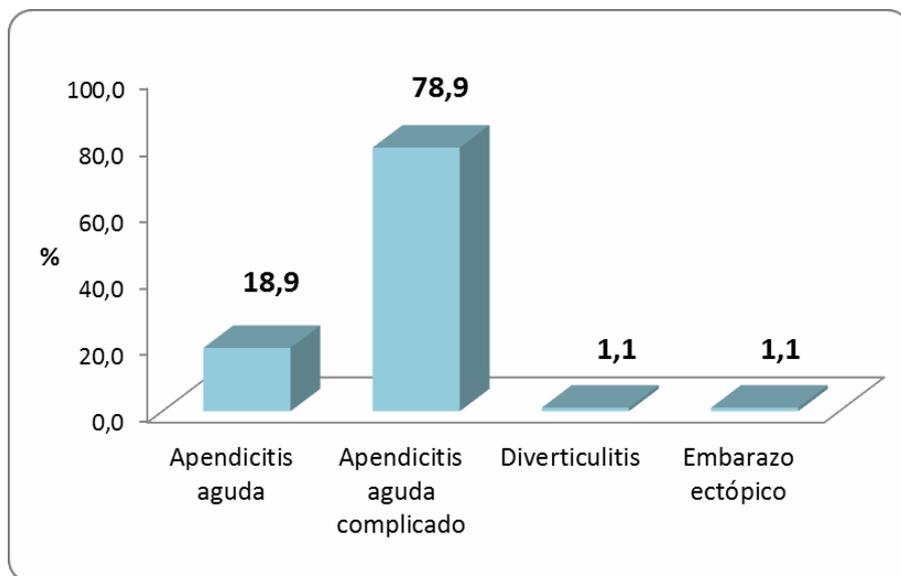


Gráfico 08. Porcentaje de pacientes según diagnóstico postoperatorio del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

En referencia al diagnóstico postoperatorio de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía en estudio, se encontró que la mayoría del 78,9% (75 pacientes) presentaron apendicitis aguda complicado, el 18,9% (18 pacientes) apendicitis aguda y uno de ellos presentó diverticulitis y embarazo ectópico.

Tabla 09. Hallazgos operatorios de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Hallazgos operatorios	Frecuencia	%
Apendicitis aguda congestiva o catarral	8	8,4
Apendicitis aguda flemonosa o supurativa	15	15,8
Apendicitis aguda gangrenosa	24	25,3
Apendicitis aguda perforada	40	42,1
Plastrón apendicular	6	6,3
Apendicitis aguda complicada con peritonitis	2	2,1
Total	95	100,0

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

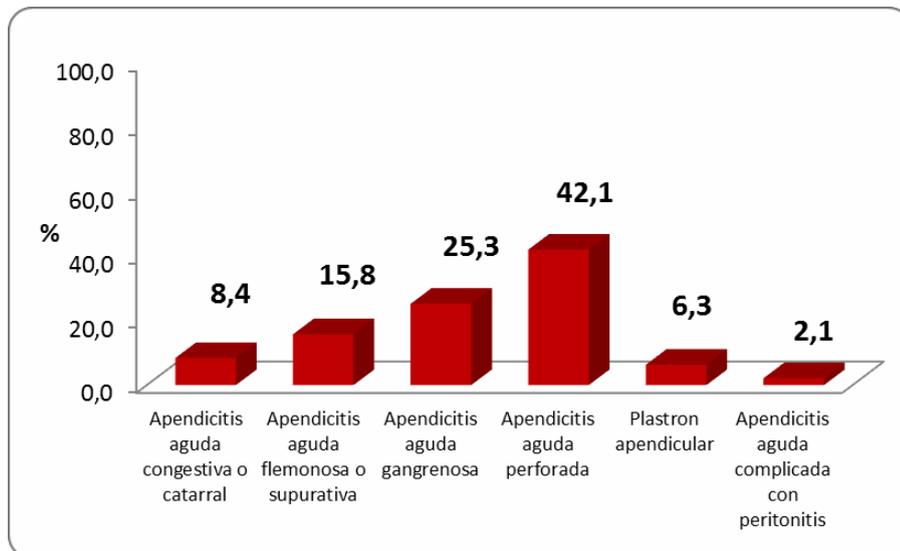


Gráfico 09. Porcentaje de pacientes según hallazgos operatorios del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Dentro de los hallazgos operatorios de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía en estudio, se encontró que el 42,1% (40 pacientes) presentaron apendicitis aguda perforada, el 25,3% (24 pacientes) apendicitis aguda gangrenosa, el 15,8% (15 pacientes) apendicitis aguda flemonosa o supurativa, el 8,4% (8 pacientes) apendicitis aguda congestiva o catarral, el 6,3% (6 pacientes) plastrón apendicular y el 2,1% (2 pacientes) apendicitis aguda complicada con peritonitis.

4.1.3. FACTORES DE RIESGO:

Tabla 10. Lejanía de la zona de procedencia de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Lejanía de la zona de procedencia	Frecuencia	%
SI	28	29,5
NO	67	70,5
Total	95	100,0

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

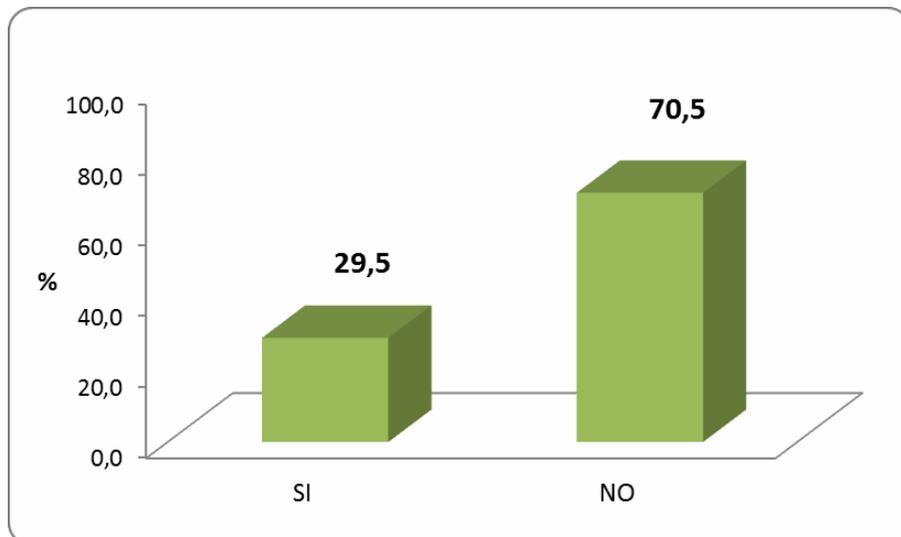


Gráfico 10. Porcentaje de pacientes según lejanía de la zona de procedencia del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Respecto a la lejanía de la zona de procedencia de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía en estudio, se encontró que el 29,5% (28 pacientes) demostraron lejanía de la zona de procedencia y el 70,5% (67 pacientes) no tuvieron lejanía de la zona de procedencia.

Tabla 11. Automedicación de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Automedicación	Frecuencia	%
SI	62	65,3
NO	33	34,7
Total	95	100,0

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

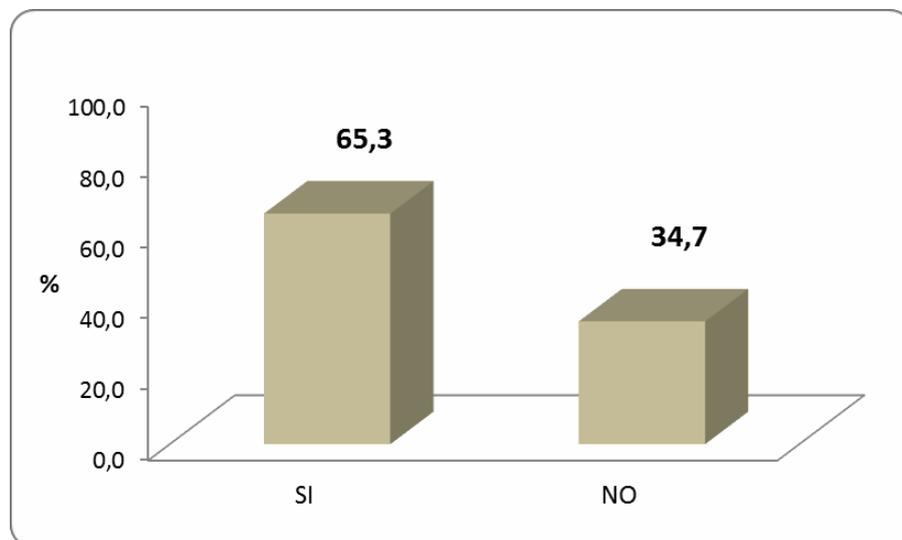


Gráfico 11. Porcentaje de pacientes según automedicación del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Frente a la automedicación de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía en estudio, se encontró que el 65,3% (62 pacientes) tuvieron automedicación y el 34,7% (33 pacientes) no presentaron automedicación.

Tabla 12. Atención médica pre hospitalaria de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Atención médica pre hospitalaria	Frecuencia	%
SI	13	13,7
NO	82	86,3
Total	95	100,0

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

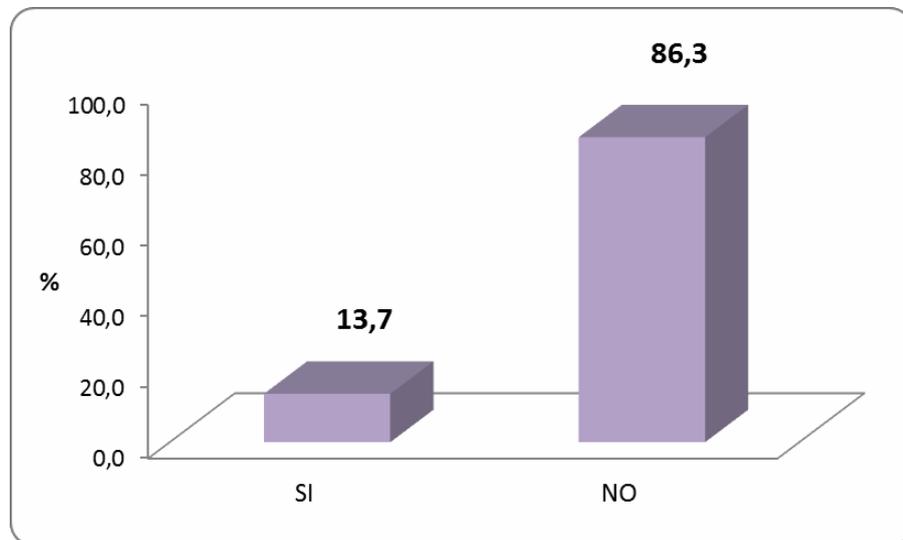


Gráfico 12. Porcentaje de pacientes según atención médica pre hospitalaria del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Con respecto a la atención médica pre hospitalaria de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía en estudio, se encontró que el 13,7% (13 pacientes) tuvieron atención médica pre hospitalaria y el 86,3% (82 pacientes) no tuvieron atención médica pre hospitalaria.

Tabla 13. Diagnóstico errado de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Diagnóstico errado	Frecuencia	%
SI	10	10,5
NO	85	89,5
Total	95	100,0

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

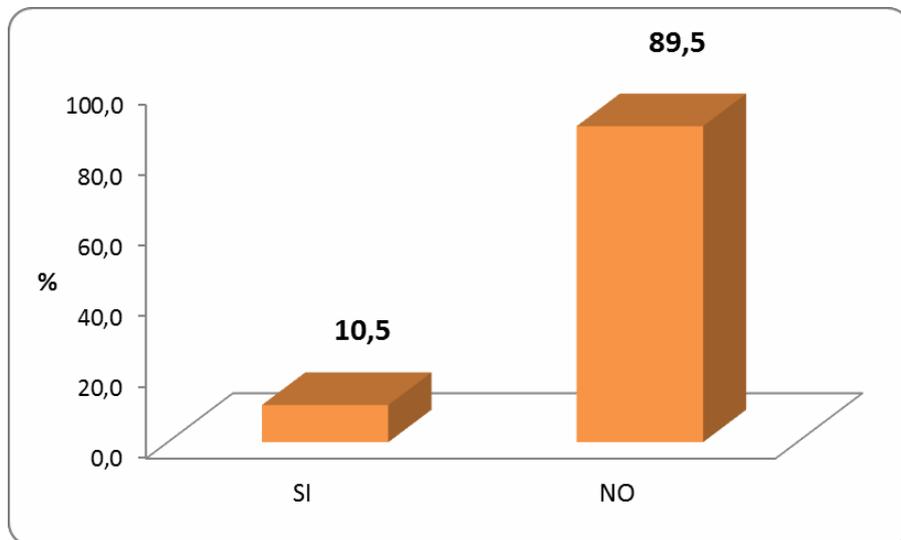


Gráfico 13. Porcentaje de pacientes según diagnóstico errado del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Concerniente al diagnóstico errado de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía en estudio, se encontró que el 10,5% (10 pacientes) tuvieron diagnóstico errado y el 89,5% (85 pacientes) no tuvieron diagnóstico errado.

Tabla 14. Demora de ingreso al quirófano de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Demora de ingreso al quirófano	Frecuencia	%
SI	53	55,8
NO	42	44,2
Total	95	100,0

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

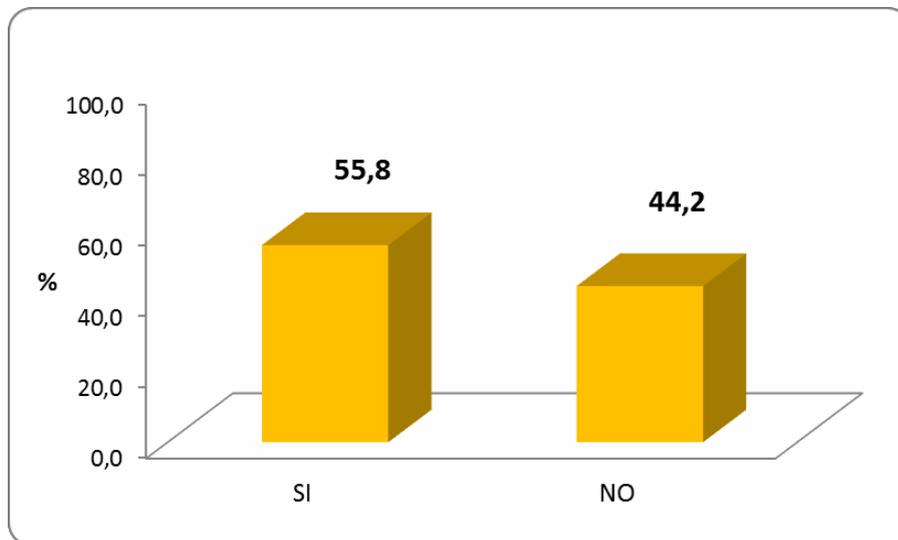


Gráfico 14. Porcentaje de pacientes según demora de ingreso al quirófano del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Respecto a la demora de ingreso al quirófano de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía en estudio, se encontró que el 55,8% (53 pacientes) demostraron demora de ingreso al quirófano y el 44,2% (42 pacientes) no tuvieron demora de ingreso al quirófano.

4.1.4. RETRASO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Tabla 15. Retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Retraso en el tratamiento quirúrgico	Frecuencia	%
SI	16	16,8
NO	79	83,2
Total	95	100,0

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

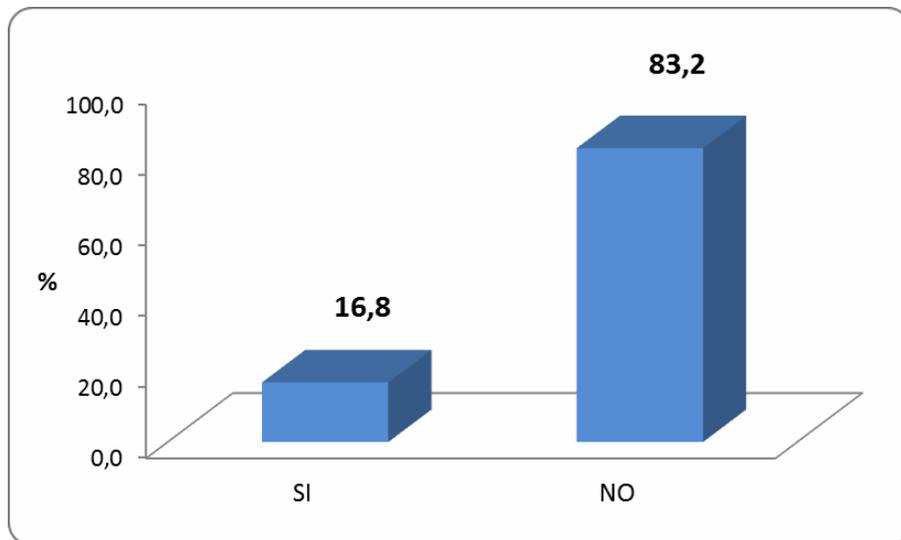


Gráfico 15. Porcentaje de pacientes según retraso en el tratamiento quirúrgico del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

En relación al retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía en estudio, se encontró que el 16,8% (16 pacientes) tuvieron retraso en el tratamiento quirúrgico y el 83,2% (79 pacientes) no presentaron retraso en el tratamiento quirúrgico.

4.2. ANALISIS INFERENCIAL DE LOS RESULTADOS:

Tabla 16. Relación entre la lejanía de la zona de procedencia y el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Lejanía de la zona de procedencia	Retraso en el tratamiento quirúrgico				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO					
	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	10	10,5	18	18,9	28	29,5		
NO	6	6,3	61	64,2	67	70,5	10,10	0,001
Total	16	16,8	79	83,2	95	100,0		

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

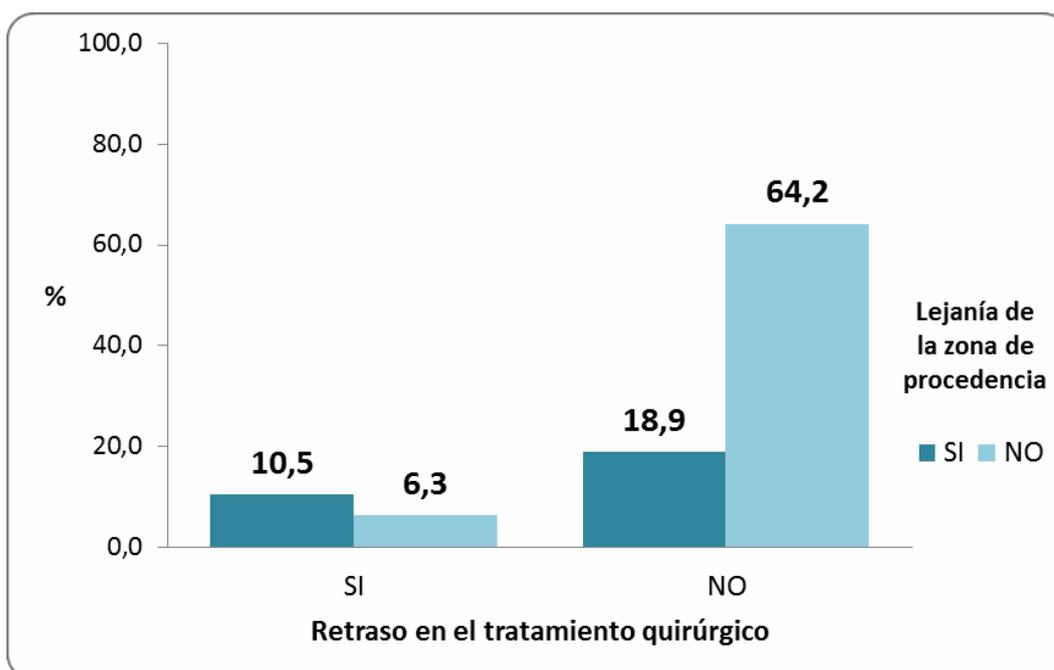


Gráfico 16. Porcentaje de pacientes según la lejanía de la zona de procedencia y el retraso en el tratamiento quirúrgico del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

En cuanto a la relación entre la lejanía de la zona de procedencia y el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda en estudio, observamos que el 10,5% de los pacientes tuvieron lejanía de la zona de procedencia y a la vez

presentaron retraso en el tratamiento quirúrgico. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó significativo estadísticamente ($X^2=10,10$; $P\leq 0,001$); es decir la lejanía de la zona de procedencia se relaciona significativamente con el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda.

Tabla 17. Relación entre la automedicación y el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Automedicación	Retraso en el tratamiento quirúrgico				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	14	14,7	48	50,5	62	65,3	4,20	0,041
NO	2	2,1	31	32,6	33	34,7		
Total	16	16,8	79	83,2	95	100,0		

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

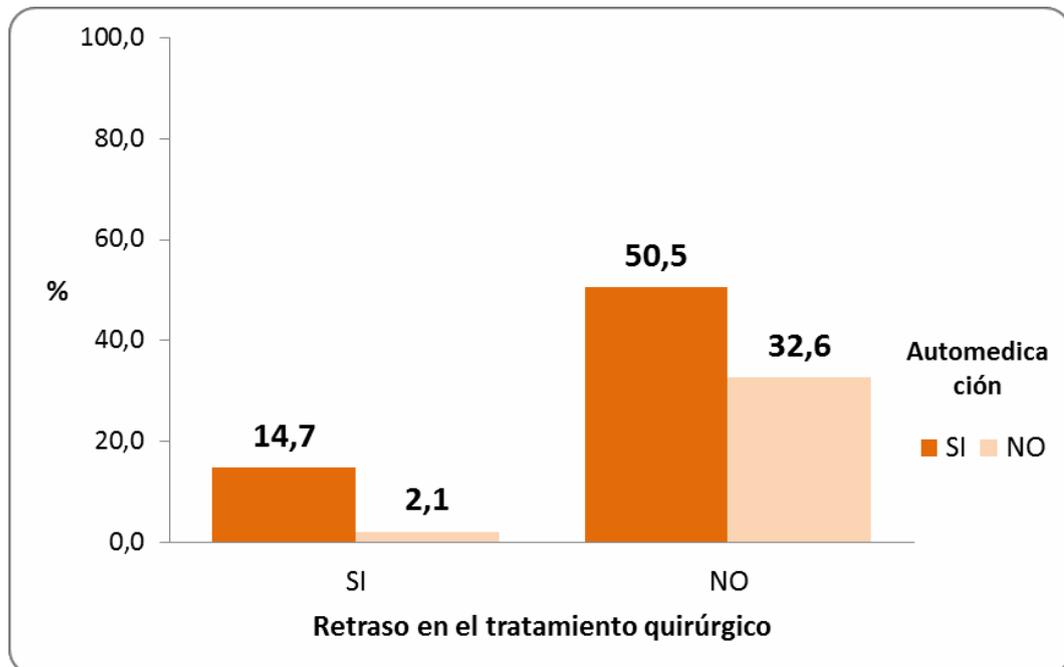


Gráfico 17. Porcentaje de pacientes según la automedicación y el retraso en el tratamiento quirúrgico del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Respecto a la relación entre la automedicación y el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda en estudio, observamos que el 14,7% de los pacientes tuvieron automedicación y a la vez presentaron retraso en el tratamiento quirúrgico. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó significativo estadísticamente ($X^2=4,20$; $P\leq 0,041$); es decir la automedicación se relaciona significativamente con el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda.

Tabla 18. Relación entre la atención médica pre hospitalaria y el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Atención médica pre hospitalaria	Retraso en el tratamiento quirúrgico				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	3	3,2	10	10,5	13	13,7	0,42	0,518
NO	13	13,7	69	72,6	82	86,3		
Total	16	16,8	79	83,2	95	100,0		

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



Gráfico 18. Porcentaje de pacientes según la atención médica pre hospitalaria y el retraso en el tratamiento quirúrgico del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Con respecto a la relación entre la atención médica pre hospitalaria y el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda en estudio, observamos que el 3,2% de los pacientes tuvieron atención médica pre hospitalaria y a la vez presentaron retraso en el tratamiento quirúrgico. Mediante la Prueba de Chi cuadrado no resultó significativo estadísticamente ($X^2=0,42$; $P\leq 0,518$); es decir la atención médica pre hospitalaria no se relaciona significativamente con el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda.

Tabla 19. Relación entre el diagnóstico errado y el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Diagnóstico errado	Retraso en el tratamiento quirúrgico				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	4	4,2	6	6,3	10	10,5		
NO	12	12,6	73	76,8	85	89,5	4,28	0,039
Total	16	16,8	79	83,2	95	100,0		

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



Gráfico 19. Porcentaje de pacientes según el diagnóstico errado y el retraso en el tratamiento quirúrgico del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

En concordancia a la relación entre el diagnóstico errado y el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda en estudio, observamos que el 4,2% de los pacientes tuvieron diagnóstico errado y a la vez presentaron retraso en el tratamiento quirúrgico. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó

significativo estadísticamente ($X^2=4,28$; $P\leq 0,039$); es decir el diagnóstico errado se relaciona significativamente con el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda.

Tabla 20. Relación entre la demora de ingreso al quirófano y el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Demora de ingreso al quirófano	Retraso en el tratamiento quirúrgico				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO					
	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	13	13,7	40	42,1	53	55,8	5,06	0,025
NO	3	3,2	39	41,1	42	44,2		
Total	16	16,8	79	83,2	95	100,0		

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

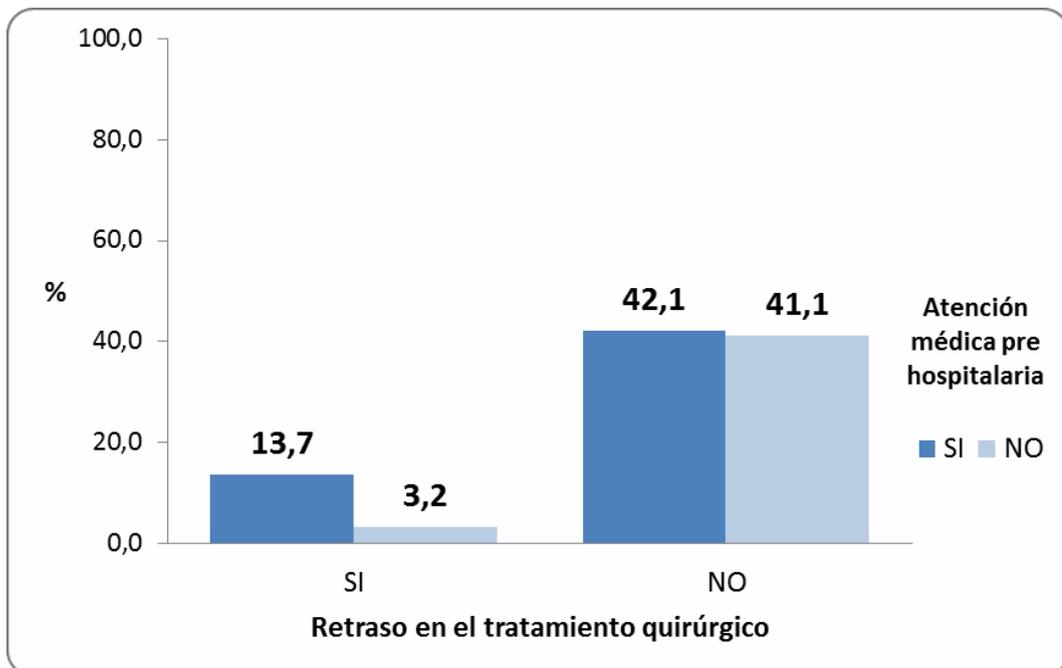


Gráfico 20. Porcentaje de pacientes según la demora de ingreso al quirófano y el retraso en el tratamiento quirúrgico del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Lima 2015

Y, en cuanto a la relación entre la demora de ingreso al quirófano y el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda en estudio, observamos que el 13,7% de los pacientes tuvieron demora de ingreso al quirófano y a la vez presentaron retraso en el tratamiento quirúrgico. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó significativo estadísticamente ($X^2=5,06$; $P\leq 0,025$); es decir la demora de ingreso al quirófano se relaciona significativamente con el retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operado de apendicitis aguda.

CAPITULO V

DISCUSION

5.1. DISCUSION

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 (46).

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 (47).

En nuestra investigación se encontró que el 16,8% (16 pacientes) tuvieron retraso en el tratamiento quirúrgico. Por otro lado, se demostró que los factores dependientes del paciente como la lejanía de la zona de procedencia ($X^2=10,10$; $P\leq 0,001$) y la automedicación ($X^2=4,20$; $P\leq 0,041$) se relacionan significativamente con el retraso en el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda. Y, también se encontró que los factores dependientes del prestador de los servicios de salud como el diagnóstico errado ($X^2=4,28$; $P\leq 0,039$) y la demora de ingreso al quirófano ($X^2=5,06$; $P\leq 0,025$) se relacionan significativamente con el retraso en el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda.

Estos hallazgos concuerdan con los resultados de los estudios de Cabrejos, Novoa, Iyo y Román (48) quienes 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.

Vargas, López, Ramírez, Rodríguez y Fernández (49) concluyeron que el error en el diagnóstico y la automedicación fueron factores para el retraso en el tratamiento y la presentación de apendicitis avanzada.

Martínez, Gallardo, Morales y Pérez (50) 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.

Velázquez, Ramírez y Vega (51) 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.

También, Martínez, Gallardo, Morales y Pérez (52) 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.

Onofre (53) en su tesis concluyó que los factores asociados al retraso quirúrgico de la apendicitis, la apendicitis complicada y a las complicaciones postoperatorias son principalmente inherentes a los pacientes.

Finalmente, el presente estudio es de corte transversal, es decir, no permite inferir causalidad. Sin embargo, esta investigación es un punto de partida para que se realicen estudios de tipo prospectivo que puedan establecer claramente los factores que se asocian al retraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes con apendicitis aguda.

CONCLUSIONES

En el estudio se llegaron a las siguientes conclusiones:

- El 16,8% (16 pacientes) presentaron retraso en el tratamiento quirúrgico.
- Por otro lado, los factores dependientes del paciente como la lejanía de la zona de procedencia ($p \leq 0,001$) y la automedicación ($p \leq 0,041$) se relacionan significativamente con el retraso en el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda.
- Y, los factores dependientes del prestador de los servicios de salud como el diagnóstico errado ($p \leq 0,039$) y la demora de ingreso al quirófano ($p \leq 0,025$) se relacionan significativamente con el retraso en el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda.

SUGERENCIAS

Se sostienen las siguientes recomendaciones para evitar el retraso del tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue:

- Educación intensiva 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.
- 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 como es el hospital Hipólito Unanue de Lima 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 prospectivos a mediano plazo para comprobar los hallazgos realizados en el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Márquez E, et al. Dolor en fosa iliaca derecha. ID e-Poster: 1188, Sección: Abdomen, Institución: Hospital del Mar. [Consultado 2015]. Disponible en: http://seram2010.com/modules.php?name=posters&file=viewpaper&idpaper=1188&idsection=0&in_window=&forpubli=&viewAuthor=17-04-13.
2. Beauregard-Ponce GE, Ituarte-Izquierdo Y, Moo-Kim JL. Apendicitis aguda. Salud en Tabasco, abril, 2002;8(1):13-15.
3. Sanabria Á, Domínguez LC, Bermúdez C. Evaluación de las escalas de diagnóstico de apendicitis en pacientes con dolor abdominal bajo. Biomédica. 2007;27:419-28.
4. Asociación Mexicana de Cirugía General. Manual de procedimientos: apendicitis aguda. México, DF: Comité de educación médica continua; 2007.
5. Schwartz SI. Appendix. In: Principles of Surgery. 6 ed. St Louis: Mc Graw-Hill; 1994: 1307-18.
6. Lee J, Leow C, Lau W. La apendicitis en los ancianos. Australian & New Zealand Journal of Surgery. 2000; (70) 8: 593-596.
7. Alarcón N. Asociación entre Escala de Alvarado y diagnóstico de apendicitis aguda complicada y no complicada según anatomía patológica en el Centro Médico Naval. Rev Horiz Med 2012;12(2): 12-17.
8. Aranda J, González A, Marín N, Montiel C, López P, Sánchez B, et al. Enfoque conservador versus apendicectomía urgente en el manejo quirúrgico de la apendicitis aguda con absceso o flemón. Rev Esp Enferm Dig 2010; 102 (11):648-52.
9. Alarcón N. Op. Cit. P. 12.

10. Gamero M, Barreda J, Hinostroza G. Apendicitis aguda: incidencia y factores asociados. Hospital Nacional "Dos de Mayo" Lima, Perú 2009. Revista Horizonte Médico Enero-Junio 2011;11(1):47-51.
11. Asociación mexicana de Cirugía General, Consejo Mexicano de Cirugía General, A.C.; Tratado de Cirugía General; Capítulo 94 Apendicitis; Ed. Manual Moderno. 2002.
12. Schwartz, Principios de Cirugía; Vol. II; Capítulo 29 Apéndice; Charles Brunnicardi; p.p 1475-1486; México. D. F. 2005; 8ª edición, Ed. Interamericana-Mc Graw-Hill.
13. Martínez FR, Gallardo R, Morales M, Pérez AG. Retardo en la Hospitalización, el diagnóstico y la intervención quirúrgica de la apendicitis aguda. Rev. gastroenterol. ene.-mar. 1995Méx;60(1):17-21.
14. 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.
15. 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.
16. 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. Rev Med Hered 2001;12(1):3-7.
17. Velázquez JD, Ramírez F, Vega J. Op. Cit. P. 105.
18. Pérez A, Conde J, Martínez MA, Bento L, Busto N, Goñi C. Cirugía programada de la apendicitis aguda. Cir Pediatr 2005; 18: 109-112.
19. Vargas A, López S, Ramírez D, Rodríguez A, Fernández E. Op. Cit. P. 154.

20. Martínez FR, Gallardo R, Morales M, Pérez AG. Op. Cit. P. 17.
21. Cabrejos JG, Novoa AR, Iyo LF, Román N. Op. Cit. P. 3.
22. Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico de Apendicitis aguda. Guía de Práctica Clínica. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. 2008.
23. Gómez E. Apendicitis Aguda. Centro Estatal de Información en Salud. México. 2004.
24. Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda. Código cie 10: k35; diciembre 2013.
25. Menéndez R, Cárdenas E. Marcadores séricos de isquemia intestinal aguda para el diagnóstico de apendicitis aguda. *Ciruj. 2005; 73(1): 449-452.*
26. 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.
27. Ibid. P. 32.
28. Gómez E. Op. Cit. P. 15.
29. Ibid. P. 31.
30. Ibid. P. 40.
31. 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.
32. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 16ª Edición. Ediciones Harcourt S.A. 2009. p. 168-73.
33. 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.

34. Farreras-Rozman. Op. Cit. P. 168.
35. 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.
36. González Álvarez R. Op. Cit. P. 16.
37. Farreras-Rozman. Op. Cit. p. 171.
38. Medrano Plana Y, Portal Benítez L, Parrilla Arias F. Correlación clínicopatológica de la apendicitis aguda. Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Arnaldo Millan. [en línea]. Santa Clara. Villa Clara. Cuba. 2004.
39. Harrison. Principios de Medicina Interna. Apendicitis y peritonitis agudas. 2vols. 16a ed. México: McGraw-Hill; 2006.
40. García FM. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. Atención Primaria. 1998; 22:585-595.
41. Ramírez JM, Deus J. Practical score to aid decision making in doubtful cases of appendicitis. Br Surg. 2005; 81(5): 680-83.
42. Espinoza FO. Apendicitis aguda en el hospital Dos de Mayo [tesis]. Perú: Universidad Nacional mayor de San marcos. Facultad de Medicina; 2002.
43. MSP. Manual para la referencia y contrareferencia de pacientes y usuarios. Proyecto MODERSA, Abril 2004.
44. 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.
45. Mason RJ. Appendicitis: is surgery the best option? Lancet 2011; 377: 1545-1546.
46. Velázquez JD, Ramírez F, Vega J. Op. Cit. P. 106.
47. Cabrejos JG, Novoa AR, Iyo LF, Román N. Op. Cit. P. 7.

48. Ibid. P. 3.
49. Vargas A, López S, Ramírez D, Rodríguez A, Fernández E. Op. Cit. P. 157.
50. 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.
51. Velázquez JD, Ramírez F, Vega J. Op. Cit. P. 109.
52. Martínez FR, Gallardo R, Morales M, Pérez AG. Op. Cit. P.21.
53. Onofre E. Apendicitis aguda: factores que influyen en el tratamiento quirúrgico tardío y en las complicaciones postoperatorias. [Tesis]. México: Universidad Veracruzana; 2009.

ANEXO

Nº ficha:

Fecha: / /

ANEXO 01**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Factores que retrasan el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima - 2015.

INSTRUCCIONES. Estimado Señor (Sra., Srta.) por favor registre de manera precisa aquellos datos relacionados con los factores que retrasan el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda.

GRACIAS.**CARACTERISTICAS GENERALES:**

Nº HC

INTERVENCION QUIRURGICA Fecha.....

Hora.....

DATOS DEL PACIENTE

Edad.....

Sexo M () F ()

Grado de instrucción

Ocupación.....

Procedencia.....

CARACTERISTICAS DE LA APENDICITIS AGUDA:

Tiempo de Enfermedad..... (Horas)

Ingreso a la Emergencia: Fecha.....

Hora.....

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO.....

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO.....

HALLAZGOS OPERATORIOS:**APENDICITIS AGUDA**

❖ Apendicitis Aguda congestiva o catarral ()

❖ Apendicitis Aguda flemonosa o supurativa ()

APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

❖ Apendicitis Aguda Gangrenosa ()

❖ Apendicitis Aguda Perforada ()

❖ PLASTRON Apendicular ()

- ❖ Absceso Apendicular ()
- ❖ Apendicitis Aguda Complicada con Peritonitis ()

FACTORES DEPENDIENTES DEL PACIENTE

- Lejanía de la zona de procedencia SI () NO ()
- Automedicación SI () NO ()
- Atención medica pre hospitalaria SI () NO ()

FACTORES DEPENDIENTES DEL PRESTADOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Diagnostico errado. SI () NO ()
- Tiempo en ingreso al quirófano(Sala de operaciones)
(HORAS)