

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**AUTOMEDICACIÓN COMO FACTOR ASOCIADO AL
RETARDO EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CON
APENDICITIS AGUDA**

AUTORA:

TERRONES MORENO, ELIN JOHANNA

ASESOR:

DR. ÁLVAREZ DÍAZ, ATILIO ALEJANDRO

TRUJILLO – PERÚ

2017

MIEMBROS DEL JURADO:

Dra. Eloísa Morales Ramos

PRESIDENTE

Dr. Edwin García Gutierrez

SECRETARIO

Dr. José Caballero Alvarado

VOCAL

ASESOR.

Dr. Atilio Álvarez Díaz

MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

MEDICO ASISTENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO
DOCENTE DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA
ANTENOR ORREGO

INDICE

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.JUSTIFICACIÓN.....	6
1.2.ENUNCIADO.....	6
1.3.HIPÓTESIS.....	5
1.4.OBJETIVOS.....	7
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	8
2.1.POBLACIÓN.....	8
2.2.MUESTRA.....	8
2.3.CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	9
2.4.DISEÑO DE ESTUDIO.....	10
2.5.VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN	11
2.6.OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	11
2.7.PROCEDIMIENTO	13
2.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	14
2.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	15
III. RESULTADOS.....	17
IV. DISCUSION	22
V. CONCLUSIONES.....	27
VI. RECOMENDACIONES	28
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29
VIII. ANEXOS.....	35

DEDICATORIA

A MI HIJA:

Camila Antuanette

Por darme la oportunidad de volver a vivir plenamente, por ser la razón de levantarme cada día con esfuerzo, amor, optimismo y lucha por un mejor presente y futuro para ambas, por ser mi principal motivación para lograr mi anhelado sueño de ser profesional, para que te sientas orgullosa de mamá, para ti mi pequeña este logro más, gracias por existir.

A MI MADRE QUERIDA:

María Moreno

Por su amor incondicional, apoyo y dedicación para enseñarme a ser una buena madre y guerrera por encima de cada dificultad, quién lo ha dado todo por verme triunfar y ser mejor persona. Por su apoyo incondicional en mi formación académica, sin ella jamás hubiera podido conseguir lo que hasta ahora estoy logrando, gracias por todo tu amor.

A MI PADRE QUERIDO:

Eleazar Roberto

A quien por encima de todo me ha enseñado con amor a seguir adelante, a quien me ha enseñado que mis anhelos y sueños pueden hacerse realidad con esfuerzo y perseverancia, gracias por tu preocupación y por desear siempre lo mejor en mi vida. A ti de ser un ejemplo de lucha.

AGRADECIMIENTO

A DIOS:

Por bendecirme con la vida, por acompañarme en cada paso, iluminándome con sus enseñanzas y amándome incondicionalmente a pesar de mis errores. Gracias por permitirme llegar hasta aquí.

A MI ASESOR:

Dr. Atilio Álvarez Díaz

Por su importante apoyo en la elaboración de mi Tesis.

A MI QUERIDO MAESTRO:

Dr. Daniel Jugo Torres

Usted que está en el cielo, infinitas gracias por enseñarme lo que es un verdadero maestro y amigo, por su ejemplo de amor hacia la profesión médica y respeto hacia nuestros pacientes.

A MI FAMILIA:

Gracias por su confianza, apoyo y ánimos en cada momento, y por acompañarme en cada logro de mi vida.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar si la automedicación es un factor asociado al retardo en la atención médica en pacientes con apendicitis aguda en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de tiempo comprendido entre Enero a Diciembre del 2016.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional, analítico, de corte transversal, que evaluó 364 pacientes con Apendicitis aguda, los cuales fueron distribuidos en función a la presencia de automedicación en dos grupos: Grupo I: 238 pacientes que se automedicaron y Grupo II: 126 pacientes sin automedicación.

RESULTADOS: En este estudio, la prevalencia de automedicación en los pacientes con apendicitis aguda que fueron operados fue 65,38%; la edad promedio para el grupo I fue $31,68 \pm 10,70$ años y para el grupo II fue $39,17 \pm 16,59$ ($p > 0,05$); el 46,64% de los pacientes correspondieron al sexo masculino en el grupo I y en el grupo II el 59,52% ($p < 0,05$). El tiempo de enfermedad para el grupo I fue $48,29 \pm 46,82$ horas y para el grupo II fue $20,22 \pm 15,94$ horas ($p < 0,05$); al categorizar el tiempo de enfermedad con un punto de corte de 24 horas, se observó que en el grupo I y II la proporción en aquellos con un tiempo > 24 horas fueron 60,92% y 48,41% respectivamente ($p < 0,05$) con un OR = 1,66; IC 95% [1,07 – 2,57]. Los medicamentos utilizados en la automedicación fueron los antiespasmódicos (60%), antiinflamatorios (28%) y antibióticos (12%). La presencia de apendicitis aguda complicada en el intraoperatorio en el grupo I y II fueron 47,06% y 34,92% respectivamente ($p < 0,05$). El promedio de la estancia hospitalaria para el grupo I y II fueron $2,94 \pm 2,67$ días y $1,71 \pm 1,61$ días respectivamente ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES: Los pacientes con Apendicitis Aguda que tardan en llegar más de 24 horas desde el inicio de la enfermedad tienen casi dos veces más probabilidad de haberse automedicado.

PALABRAS CLAVES: Apendicitis aguda, automedicación, tiempo de enfermedad, retardo en atención médica.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine whether in patients with acute appendicitis, self-medication is an associated factor with the delay in the medical care of acute appendicitis at The Hospital Regional Docente de Trujillo during the period between January and December of 2016.

MATERIAL AND METHODS: We performed an observational, analytical, cross-sectional study that evaluated 364 patients, which were distributed according to the presence of self-medication in two groups: Group I: 238 patients who self-medicated and Group II: 126 patients without self-medication.

RESULTS: In this study, the prevalence of self-medication in patients with acute appendicitis who had surgical intervention was 65.38%; The average age in patients from group I was 31.68 ± 10.70 years old and 39.17 ± 16.59 years old in patients from group II ($p > 0.05$); 46.64% of patients in group I and 59.52% of patients in group II were male. ($p < 0.05$). The time from the onset of symptoms to the arrival at the hospital was 48.29 ± 46.82 hours for group I and 20.22 ± 15.94 hours for group II ($p < 0.05$); When categorizing the time from the onset of symptoms with a cut off point of 24 hours, it was observed that in group I and II the proportion in those with a time > 24 hours were 60.92% and 48.41% respectively ($p < 0, 05$) with an OR = 1.66; 95% CI [1.07 - 2.57]. The drugs used in self-medication include antispasmodics (60%), anti-inflammatories (28%) and antibiotics (12%). The presence of complicated intraoperative acute appendicitis in group I and II were 47.06% and 34.92% respectively ($p < 0.05$). The average hospital stay for patients in group I was 2.94 ± 2.67 days and 1.71 ± 1.61 days for patients in group II ($p < 0.05$).

CONCLUSIONS: Patients who take longer than 24 hours from the onset of illness are almost twice as likely to have self-medication.

KEYWORDS: Acute appendicitis, self-medication, time of illness, delay in medical care.

I. INTRODUCCIÓN

La apendicitis es una de las condiciones quirúrgicas agudas más comunes del abdomen y la apendicectomía es una de las operaciones más frecuentemente realizadas en el mundo ^(1,2) . Según las estadísticas mundiales, más del 50% de cirugías de abdomen corresponden a apendicitis aguda, y es responsable de las 2/3 partes de las laparotomías practicadas. Estudios recientes muestran que una de cada 15 personas tendrá apendicitis aguda en algún momento de su vida. Hace 50 años 15 de cada 100,000 personas morían por apendicitis aguda; actualmente, la probabilidad de morir por apendicitis no gangrenosa es inferior al 0.1%. ⁽³⁾.

En el Perú, la enfermedad apendicular ocupa el segundo lugar entre las cuarenta primeras causas de morbilidad que requieren hospitalización; por ello, la apendicitis aguda es un problema de salud pública importante, llegando a alcanzar 30000 casos al año ⁽⁴⁾.

La apendicitis aguda (AA) puede progresar hasta perforación y peritonitis, asociada con morbilidad y mortalidad ⁽⁵⁾ . El riesgo de apendicitis durante toda la vida es del 8,6% para los hombres y del 6,7% para las mujeres; sin embargo, el riesgo de requerir una apendicectomía es mucho menor en los varones que en las mujeres (12 frente a 23%) y ocurre con mayor frecuencia entre las edades de 10 y 30, con una proporción de hombres: mujeres de aproximadamente 1,4: 1 ⁽⁶⁾. Esta relación ha sido explicada por Majetschak y colaboradores en el 2000; Oberholzer y colaboradores en el 2000; Stein y colaboradores en el 2012;

los cuales explican que el rol de las hormonas sexuales femeninas en respuesta a la sepsis, disminuyen el riesgo de complicaciones en enfermedades inflamatorias agudas, tales como la apendicitis (7-9).

El diagnóstico de AA a menudo suele ser confuso especialmente durante las primeras etapas de la enfermedad que en algunos casos podría retrasar el diagnóstico y podría contribuir a la tasa persistente de morbilidad y mortalidad (10-12). Los signos y síntomas clásicos están presentes en sólo 60 a 70% de los casos lo que indica la dificultad para establecer un diagnóstico correcto, en ese contexto, el clínico tiene que mejorar su perspicacia diagnóstica observando cuidadosamente los signos y síntomas (13-15). Cuando se utilizan métodos clínicos regulares, se puede obtener el diagnóstico correcto con una variabilidad que puede oscilar entre el 71 y el 97% de los casos, y la tasa de apendicectomías negativas varía entre 14 y 75%, y en ciertas zonas del mundo puede llegar a 85 % (5,16-18).

Los síntomas de apendicitis se superponen considerablemente con otras condiciones clínicas, que incluyen gastroenteritis, infección del tracto urinario y enfermedad inflamatoria pélvica entre otras. No existe una prueba diagnóstica única que pueda diagnosticar con precisión la apendicitis en todos los casos. El tratamiento definitivo de la apendicitis aguda es la apendicectomía de emergencia, sin embargo existen diferentes situaciones que retardan la llegada al hospital, algunas tienen que ver con la accesibilidad a los establecimientos de salud, es decir, la organización del sistema de salud, otras están relacionadas con

el mismo paciente, que al empezar un dolor abdominal se automedican, retardando o enmascarando la evolución de la enfermedad (19,20). García, J y Hernandez, J. en su estudio coinciden en que el factor determinante para la perforación del apéndice son los factores atribuibles al paciente, como la automedicación y la espera antes de acudir a recibir atención hospitalaria; afirmando que la medicación pre hospitalaria juega un papel importante en la evolución de la enfermedad ya que aumenta 23 veces el riesgo de perforación (21). La automedicación es la utilización de medicamentos por iniciativa propia sin ninguna intervención del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad ni en la prescripción o supervisión del tratamiento). Hoy en día, esta práctica es cotidiana y habitual en la mayoría de los hogares condicionada por múltiples factores, como el fácil acceso a dichos fármacos y el nivel sociocultural de la sociedad. (22).

Chung et al, en China, evaluaron las condiciones asociadas al retraso en el diagnóstico y tratamiento de apendicitis y sus efectos sobre el estadio de la enfermedad y la tasa de complicaciones, para lo cual realizaron un estudio retrospectivo con 158 pacientes que fueron a cirugía de emergencia, siendo 140 pacientes con apendicitis aguda confirmada con histopatología; encontrando que el retardo del paciente en acudir al hospital fue más alto en los pacientes con apendicitis complicada (42 horas vs 24,9 horas). El retraso se debió principalmente a la falta de diagnóstico de la enfermedad y admitir al paciente en la primera visita al servicio de urgencias y accidentes (22,1%). La exactitud diagnóstica mostró una asociación significativa con el nivel de experiencia del médico de emergencia involucrado ($p < 0,05$) (23).

Choi et al, en Corea, examinaron los factores de riesgo del diagnóstico demorado de apendicitis aguda en niños que fueron a cirugía, evaluaron a 712 niños menores de 18 años, encontrando que 105 pacientes (14,7%) fueron clasificados en el grupo de diagnóstico demorado; 92 pacientes (12,9%) fueron diagnosticados mediante ultrasonografía (US), y tanto tomografía computarizada y US se realizaron en 38 pacientes (5,3%). Más pacientes en el grupo de diagnóstico demorado se sometió a US ($p = 0,03$). La temporada de primavera y la visita previa a una clínica local se asociaron significativamente con un diagnóstico demorado. La fiebre y la diarrea fueron más frecuentes en el grupo de diagnóstico demorado (fiebre: OR = 1,37), (diarrea: OR = 1,94) (24).

Vera et al, en Cuba, realizaron un estudio descriptivo y prospectivo en 110 pacientes que presentaron síndrome peritoneal en el período comprendido entre 2002 y 2005, analizaron variables de interés y su relación con las causas que motivaron demoras en el diagnóstico, así como las complicaciones presentadas. La mayor incidencia fue en los grupos de 15-30 años. La automedicación como hábito en el 65.5% de los pacientes, contribuyó a la demora diagnóstica de más de 49 horas en el 40.9%. La medicación facultativa por error diagnóstico alcanzó el 54.4%, la apendicitis aguda y la úlcera duodenal perforada con mayor presentación y la complicación más frecuente fue la peritonitis residual y/o abscesos intraabdominales (25).

Vargas A et al, en México, investigaron factores que retrasan el tratamiento quirúrgico en apendicitis aguda, estudiaron 78 pacientes operados. 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 (26).

García et al, en Ecuador, determinaron los factores asociados al retraso en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda, evaluaron a 117 pacientes apendicectomizados, encontrando que el 61,54% de pacientes fueron mujeres, de las cuales el 63,25 viven en el área urbana. El 52,1% fueron apéndices complicados según anatomía patológica. 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; el 68,4% del grupo estudiado ingresaron con referencia-contrarreferencia, lo que constituye un factor protector aunque sin significancia estadística; el tiempo de evolución clínica en horas, la media fue 29,39 horas y en el 35% de los pacientes si hubo error diagnóstico (27).

1.1. Justificación

La apendicitis aguda es un problema de salud en todo el mundo variando sus prevalencias según los grupos etarios; sus complicaciones traen consigo mayor morbilidad y está relacionada con la perforación apendicular la cual continúa siendo una ocurrencia común en esta población, asociado a factores extrahospitalarios e intrahospitalarios que retardan su tratamiento, uno de ellos constituye la automedicación que los pacientes realizan antes de acudir por una atención médica. Conocer esta realidad permitirá comunicar y socializar a las autoridades de salud y educativas, el riesgo de auto medicarse en el contexto de una posible apendicitis aguda y su riesgo que pueden devenir, por tal motivo, nos planteamos el siguiente problema:

1.2. Enunciado

¿Es la automedicación un factor asociado al retardo en la atención médica de pacientes con apendicitis aguda en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de tiempo comprendido entre Enero a Diciembre del 2016?

1.3. Hipótesis

Ho: La automedicación no es un factor asociado al retardo en la atención médica de pacientes con apendicitis aguda en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de tiempo comprendido entre Enero a Diciembre del 2016.

Ha: La automedicación si es un factor asociado al retardo en la atención médica de pacientes con apendicitis aguda en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de tiempo comprendido entre Enero a Diciembre del 2016.

1.4. Objetivos

1.4.1. General:

Determinar si la automedicación es un factor asociado al retardo en la atención médica de pacientes con apendicitis aguda en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de tiempo comprendido entre Enero a Diciembre del 2016.

1.4.2. Específicos:

- a. Conocer el tiempo que tarda el paciente con apendicitis aguda en llegar al hospital desde el inicio de sus síntomas en el grupo con automedicación antes de su admisión.
- b. Conocer el tiempo que tarda el paciente con apendicitis aguda en llegar al hospital desde el inicio de sus síntomas en el grupo sin automedicación antes de su admisión.
- c. Evaluar los tiempos que tarda el paciente con apendicitis aguda en llegar al hospital desde el inicio de sus síntomas en el grupo con y sin automedicación antes de su admisión.
- d. Determinar la automedicación según edad y sexo en pacientes que fueron operados de apendicitis aguda.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. POBLACIÓN

2.1.1 Población Diana o Universo

Pacientes con apendicitis aguda sometidos a apendicectomía.

2.1.2 Población de Estudio

La población en estudio estuvo constituida por todos los pacientes ≥ 18 años que hayan tenido apendicitis aguda y hayan tenido una intervención quirúrgica de apendicectomía en el periodo de estudio comprendido entre Enero a Diciembre del 2016 en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional Docente de Trujillo.

2.2. MUESTRA

2.2.1. Tamaño de la muestra:

Realizamos un estudio censal, es decir evaluamos a todos los pacientes atendidos en dicho periodo de tiempo, los cuales fueron 364 pacientes que cumplieron los criterios de selección.

2.2.2. Unidad de Análisis

Cada paciente ≥ 18 años que con apendicitis aguda sometida a apendicectomía en el periodo de estudio comprendido entre

Enero a Diciembre del 2016 en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional Docente de Trujillo que cumpla con los criterios de selección propuestos.

2.2.3. Unidad de Muestreo

Dado que todos los pacientes fueron considerados en el estudio, no se consideró unidad de muestreo.

2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de apendicitis aguda, que hayan sido intervenidos quirúrgicamente de Apendicectomía en el periodo de estudio.
- Historias clínicas con datos completos.

2.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda que hayan sido referidos de otros hospitales, con peritonitis generalizada o plastrones apendiculares.

2.4. Diseño de estudio:

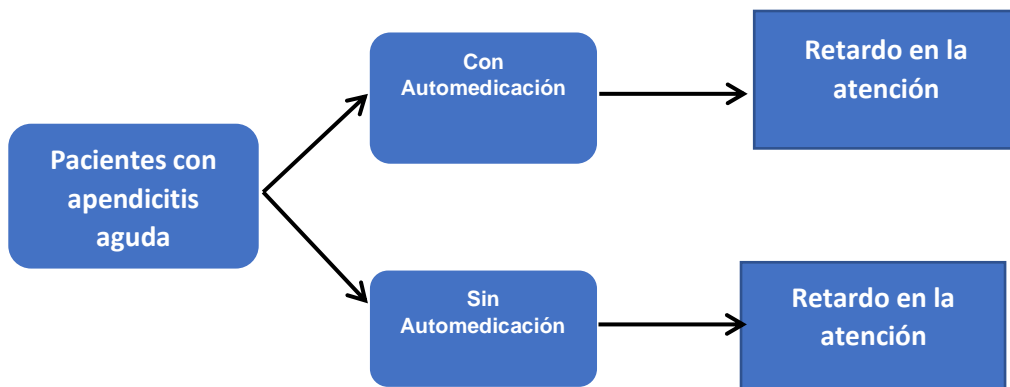
Este estudio corresponde a un diseño observacional, de corte transversal

G1 → O₁, O₂

G1: Pacientes con apendicitis aguda operados en el periodo de estudio.

O₁: Automedicación.

O₂: Retardo en la atención



2.5. VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	INDICE
VARIABLE INDEPENDIENTE:				
Automedicación	Categórica	Nominal	Encuesta	SI SE AUTOMEDICÓ / NO SE AUTOMEDICÓ
VARIABLE DEPENDIENTE:				
Retraso en la atención				
Tiempo de demora	Numérica	De razón	Encuesta	Horas
VARIABLES INTERVINIENTES				
Edad	Numérica	De razón	Encuesta	años
Sexo	Categórica	Nominal	Encuesta	M / F
Tipo de medicamentos	Categórica	Nominal	Encuesta	ATB, AINES, Antiespasmódicos
Tipo de apendicitis	Categórica	Nominal	Encuesta	Cat.; Sup.; Gang; Perf.
Estancia hospitalaria	Numérica	Proporcional	Encuesta	días

2.6. DEFINICIONES OPERACIONALES

Edad

Tiempo cronológico de vida desde la fecha del nacimiento hasta el momento que se registró su ingreso al hospital ⁽²⁸⁾.

Sexo

Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino ⁽²⁹⁾.

Automedicación

La automedicación se definió como la toma de medicamentos (antibióticos, AINES, antiespasmódicos, etc.) de venta libre (sin receta médica) para el auto-tratamiento ⁽³⁰⁾.

Tipo de Apendicitis: Según se encuentre No Complicada y Complicada.

No Complicada: Apendicitis Aguda sin datos de perforación. Se considera aquí: Apendicitis Aguda Congestiva (Catarral o Edematosa) y Apendicitis Aguda (Flemonosa).

Apendicitis Congestiva: Obstrucción del lumen apendicular por acumulación de secreciones mucosas y distensión del lumen.

Apendicitis Supurada: La mucosa presenta pequeñas ulceraciones o está completamente destruida, siendo invadida por enterobacterias, con colección de exudado muco-purulento en la luz y una infiltración de leucocitos, neutrófilos y eosinófilos en todas las tunicas incluyendo la serosa. Aunque no hay perforación de la pared apendicular, se produce difusión del contenido muco-purulento intraluminal hacia la cavidad libre.

Complicada: Apendicitis Aguda perforada con y sin absceso localizado y/o peritonitis purulenta. Se consideran Apendicitis Aguda Gangrenada y Perforada.

Apendicitis Gangrenada: Proceso flemonoso muy intenso, con congestión y distensión del órgano que le produce 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 lleva a una necrosis total.

Apendicitis Perforada: Perforaciones pequeñas se hacen más grandes. Los infartos permiten el escape de bacterias y contaminación de la cavidad abdominal y la presión elevada provoca perforación en algunas zonas gangrenadas y el líquido peritoneal se hace purulento y de olor fétido ⁽³¹⁾.

Estancia Hospitalaria

Tiempo de permanencia (en días) de un paciente en un servicio hospitalario ⁽³²⁾.

2.7. PROCEDIMIENTO

2.7.1. Procedimiento de obtención de datos

Ingresaron al estudio los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

1. Una vez que el proyecto fue aprobado por la Escuela de Medicina de la Universidad, se remitió una carta de solicitud a Dirección del Hospital Regional Docente de Trujillo para obtener el permiso de acceso a las historias clínicas y así poder realizar nuestro estudio de investigación.
2. Una vez aceptada la carta por la institución, el investigador se dirigió al Servicio de Archivo para ubicar las historias clínicas de

interés y se procedió a su revisión, en búsqueda de los criterios para la realización del estudio verificando si cumplieron con los requisitos del estudio; los datos fueron plasmados en un instrumento de recolección de datos el cual consta de una hoja de recolección especialmente diseñada para tal fin, que aparece en el ANEXO 1.

3. El instrumento fue una hoja de recolección de datos.
4. Primero se tomó en la ficha de recolección de datos: el número de ficha, el número de historia, luego se tomarán datos generales del paciente; los cuales permanecieron con identidad oculta por medio de las iniciales, el sexo, edad.

2.8. Procesamiento y análisis de datos

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 23.

2.8.1. Estadística Descriptiva:

En cuanto a las medidas de tendencia central se calculó la media y en las medidas de dispersión la desviación estándar, el rango. También se obtuvieron datos de distribución de frecuencias.

2.8.2. Estadística Analítica

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2), Test exacto de Fisher para variables categóricas y t student para variables cuantitativas. Las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

2.9. Aspectos éticos:

Esta investigación tomó en cuenta los criterios establecidos en la Declaración de Helsinki, respecto a que el investigador se compromete a mantener la privacidad y confidencialidad de los datos recolectados durante todo el proceso investigativo, por lo que se garantizó que la encuesta a aplicar será anónima (33).

El presente proyecto no realizó ningún experimento en seres humanos, ni animales, por lo que no se utilizó un consentimiento informado como tal para realizarlo, ya que la investigación sólo se basó en recolectar datos a través de encuesta, sin embargo, fue necesario contar la autorización del Hospital para la recolección de dichos datos como condición indispensable para la ejecución de esta investigación.

Lo anterior va ligado a la consideración de permiso para ejecutar el estudio, por ello el trabajo de investigación fue sometido a revisión por el área de tesis correspondiente a la escuela profesional de Medicina Humana a la que pertenece el investigador.

Por otro lado, se tomó en cuenta el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, que en su artículo 48 considera que se debe presentar la información proveniente de una investigación médica para su publicación independientemente de los resultados que contenga, evitando incurrir en falsificación ni plagio y declarando si tiene o no conflicto de interés. Así, esta investigación se limitó a comunicar lo observado en los resultados originales y sin ningún tipo de alteración o intención de obtener algún beneficio personal ⁽³⁴⁾.

III. RESULTADOS

Durante el período comprendido entre el 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2016 se estudiaron a 364 pacientes operados por apendicitis aguda y admitidos al Servicio de Cirugía General del Hospital Regional Docente de Trujillo; cabe destacar que el número de pacientes en ese año fueron 556 pacientes, pero fueron excluidos aquellos que no cumplieron los criterios de selección, quedando para el estudio 364 pacientes, los cuales fueron distribuidos en función a la presencia de automedicación en dos grupos: Grupo I: 238 pacientes que se automedicaron y Grupo II: 126 pacientes sin automedicación.

La prevalencia de automedicación en los pacientes con apendicitis aguda que fueron operados fue 65,38%.

En lo referente a la edad; el promedio para el grupo I fue 31,68 \pm 10,70 años y para el grupo II fue 39,17 \pm 16,59 ($p > 0,05$) (Tabla 1); al categorizar la edad en $<$ y \geq 40 años de edad se observó que en los pacientes del grupo I el 55,04% fueron $<$ 40 años y en el grupo II el 41,27% (Tabla 1).

En relación al sexo se observó que el 46,64% de los pacientes correspondieron al sexo masculino en el grupo I y en el grupo II el 59,52% ($p < 0,05$) (Tabla 1).

En lo que respecta al tiempo de enfermedad de los pacientes con apendicitis aguda, es decir desde el momento en el que se reporta el inicio del dolor hasta que llega al hospital, el promedio para el grupo I fue $48,29 \pm 46,82$ horas y para el grupo II fue $20,22 \pm 15,94$ horas ($p < 0,05$) (Tabla 1); al categorizar el tiempo de enfermedad con un punto de corte de 24 horas, se observó que en el grupo I y II la proporción en aquellos con un tiempo > 24 horas fueron 60,92% y 48,41% respectivamente ($p < 0,05$) con un OR = 1,66; IC 95% [1,07 – 2,57] (Tabla 2).

En lo referente al tipo de medicamento utilizado en la automedicación se observó que el medicamento que predominó fueron los antiespasmódicos 60%, seguidos por los antiinflamatorios 28% y los antibióticos 12% (Gráfico 1).

Con respecto a la presencia de apendicitis aguda complicada en el intraoperatorio en la muestra estudiada fue en el grupo I y II 47,06% y 34,92% respectivamente ($p < 0,05$) (Tabla 1).

En relación al promedio de la estancia hospitalaria para el grupo I y II fueron $2,94 \pm 2,67$ días y $1,71 \pm 1,61$ días respectivamente ($p < 0,05$) (Tabla 1).

TABLA 1

Distribución de pacientes con apendicitis aguda según presencia de automedicación y características generales

Hospital Regional Docente de Trujillo

Ene – Dic 2016

Variables	Automedicación		Valor p
	Si (238)	No (126)	
Edad	31,68 ± 10,70	39,17 ± 16,59	0,054
< 40 años	131 (55,04%)	52 (41,27%)	< 0,05
≥ 40 años	107 (44,96%)	74 (58,73%)	
Sexo (M/F)	111 (46,64%)	75 (59,52%)	< 0,05
Tiempo de enfermedad	48,29 ± 46,82	20,22 ± 15,94	< 0,05
Apendicitis aguda complicada	112 (47,06%)	44 (34,92%)	< 0,05
Estancia hospitalaria	2,94 ± 2,67	1,71 ± 1,61	< 0,01

x²; t student.

GRAFICO 1

Distribución de pacientes con apendicitis aguda según tipo de medicamentos utilizados en la automedicación

Hospital Regional Docente de Trujillo

Ene – Dic 2016

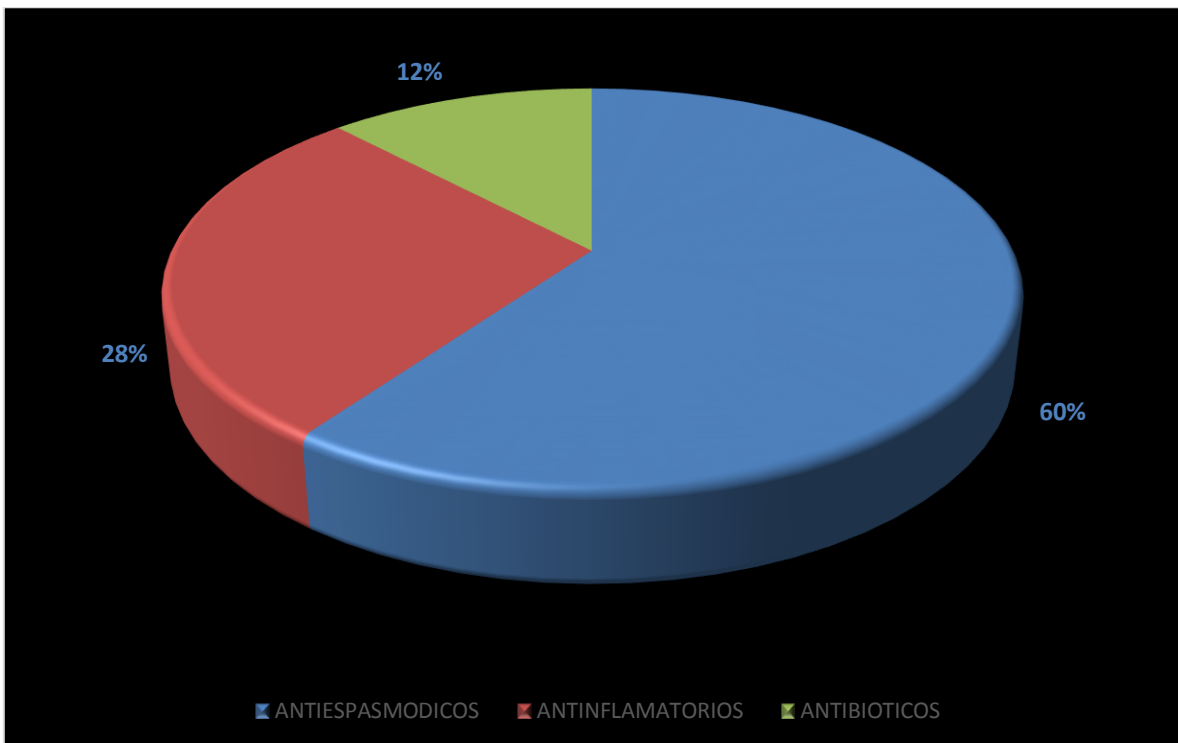


TABLA 2

Distribución de pacientes con apendicitis aguda según automedicación y tiempo de enfermedad

Hospital Regional Docente de Trujillo

Ene – Dic 2016

Tiempo de enfermedad categorizado	Automedicación		Total
	Si (238)	No (126)	
> 24 h	145 (60,92%)	61 (48,41%)	206 (56,59%)
≤ 24 h	93 (39,08%)	65 (51,59%)	158 (43,41%)
Total	238 (100%)	126 (100%)	364 (100%)

$\chi^2 = 5,25$; $p < 0,05$. OR = 1,66 IC 95% [1,07 – 2,57]

IV. DISCUSIÓN

La apendicitis aguda continúa siendo la enfermedad intraabdominal más frecuente que requiere una intervención quirúrgica de emergencia, al menos, esa es la práctica en la mayoría de hospitales del mundo; la apendicectomía de emergencia en el momento del diagnóstico es el estándar en el tratamiento para la apendicitis aguda y esta práctica ha sido durante todo el siglo pasado. Cualquier retraso en la intervención quirúrgica se ha creído que aumenta la morbilidad postoperatoria o el progreso de una apendicitis no complicada a grados complicados tales como apendicitis perforada o absceso peri apendicular ⁽³⁵⁾.

La automedicación se define como la selección y uso de medicamentos por individuos (o un miembro de la familia de los individuos) para tratar condiciones o síntomas autodiagnosticados; es una conducta que está lejos de ser una práctica totalmente segura, en particular en el caso de la automedicación no responsable. Los posibles riesgos de las prácticas de automedicación incluyen: autodiagnóstico incorrecto, retrasos en la búsqueda de atención médica cuando sea necesario, reacciones adversas poco frecuentes pero severas, interacciones peligrosas con medicamentos, forma incorrecta de administración, dosis incorrectas, elección incorrecta del tratamiento, enmascaramiento de una enfermedad grave y el riesgo de dependencia y abuso ⁽³⁶⁾.

En este sentido practicar la automedicación en un paciente con sospecha de apendicitis aguda es una conducta de riesgo, dado que esto podría incrementar el tiempo en llegar al hospital desde el inicio de los

síntomas y por ende elevar el riesgo de presentar una apendicitis complicada.

Con respecto a la edad y el sexo, **Bal et al** (35), analizaron una base de datos de pacientes con apendicitis aguda, encontrando un promedio de edad en su estudio de $33 \pm 14,7$ años con un predominio de varones en su presentación; **Kucuk et al** (37), estudiaron pacientes con apendicitis aguda, encontrando un promedio de edad en su muestra de $30,8 \pm 11,9$ años de edad con un proporción de varones de 60,87%; estos hallazgos son coincidentes entre los autores así como con nuestros resultados, donde la predominancia de varones y la tercera década de la vida constituyen demográficamente las características más frecuentes en el contexto de la apendicitis aguda. En relación a la asociación entre quien busca más automedicación entre hombres y mujeres, nuestro estudio muestra una predominancia de mujeres, probablemente porque las mujeres relacionan su dolor a condiciones pélvicas como el dolor menstrual, sin embargo, no hemos podido contrastar este hallazgo dado que no hemos encontrado estudios similares. Por otro lado, nuestro estudio encontró que el grupo etario menor de 40 años de edad se automedica en mayor proporción que las personas mayores a esta edad, probablemente se relaciona con el hecho mencionado anteriormente en el que las mujeres son más jóvenes y por ende todavía menstrúan, y se automedican, por otro lado las personas jóvenes dado su estilo de vida, tratan de aliviar sus molestias más rápidamente y consultan con amigos, farmacéuticos, familiares entre otros.

Con respecto a la asociación entre el tiempo de enfermedad y la presencia de automedicación, **Asad et al** ⁽³⁸⁾, en el Ayub Teaching Hospital, Abbottabad, Pakistán, realizaron un estudio para evaluar los diferentes factores causantes de la presentación tardía de la apendicitis aguda, para lo cual realizaron un estudio transversal con 130 pacientes que presentaron apendicitis aguda, encontrando 23,08% de apendicitis complicada debido a error diagnóstico por los médicos, el 30,77% se debió a un diagnóstico errado por profesionales no médicos, el 23,08% se debió al manejo conservador en los hospitales y el 23,08% por automedicación en casa. **López et al** ⁽³⁹⁾, en Cuenca, Ecuador, evaluaron a 235 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda complicada con la finalidad de verificar sus factores asociados, encontrando que el 38.72% fueron intervenidos tardíamente y esta demora fue atribuida al paciente; de todos los pacientes que presentaron complicaciones el 71.06%, presentaron automedicación, concluyendo que existe un alto porcentaje de pacientes que se retrasan entre 25 y 72 horas desde el inicio de los síntomas hasta el acto operatorio; como se puede observar la automedicación en el escenario de una apendicitis aguda que inicia en la comunidad puede retardar la búsqueda de atención médica hospitalaria, hecho que en nuestro estudio se ha corroborado y es coincidente con los autores mencionados anteriormente; la razón es el enmascaramiento de los síntomas. A nivel nacional, un estudio correlacional en pacientes con Apendicitis Aguda, procedentes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima 2015 reportó que, los factores en el retardo de la intervención quirúrgica de apendicitis fueron la automedicación ($p \leq 0,012$), la demora del

tiempo de evolución preoperatoria ($p \leq 0,024$), el error diagnóstico en la primera consulta ($p \leq 0,034$) y el deficiente sistema de referencia y contra referencia ($p \leq 0,022$), siendo todas significativas estadísticamente.⁽⁴⁰⁾

En relación al tipo de apendicitis encontradas fueron: Apendicitis aguda complicada en el intraoperatorio fue 47.06% en el grupo I (que se automedicaron) y 34,92% en el grupo II (que no se autmedicaron). Esto coincide con lo reportado por **Castillo** ⁽⁴¹⁾, quien al realizar un estudio en 342 pacientes con apendicitis encontró que: el 77% del total se automedicaron y de ellos la tasa de pacientes con apendicitis complicada fue 91%. Esto contrasta con lo reportado por **Martínez Daimi** ⁽⁴²⁾, donde encontró en su población que, el mayor número de enfermos presentaron apéndices en estado supurado (35,50%), mientras que el gangrenoso 22.13% y el perforado con peritonitis en 11.07%. También difiere con otro reporte que describe a la apendicitis aguda supurada como la más comúnmente hallada (40%) en estudios realizados en hospitales nacionales.

En cuanto a la estancia hospitalaria, **Velásquez** ⁽⁴³⁾ en un estudio para evaluar si la premedicación es factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico señaló que la medicación previa con analgésicos y antibióticos en pacientes con apendicitis aguda si está asociada al retraso en la toma de decisión quirúrgica, con incremento de las complicaciones, incremento de los días de estancia hospitalaria e incapacidad laboral, por tanto, mayor costo para la institución. Los días de estancia hospitalaria en pacientes no medicados fueron de 2.1 ± 1.6 vs. 3.5 ± 1.6 días en los medicados, con diferencia significativa ($p \leq 0.05$). Esto

es apoyado por Castillo y **Nuñez**, quienes en su estudios señalan que la automedicación es un fuerte factor asociado a apendicitis aguda complicada (OR: 2.15 IC 95%: 1.06-4.58), con riesgo alto de complicaciones y prolonga la estancia hospitalaria con altos costos hospitalarios (41,44).

V. CONCLUSIONES

1. Se determinó que la automedicación es un factor asociado al retardo en la atención de pacientes con apendicitis aguda.
2. El tiempo promedio de enfermedad en los pacientes con apendicitis aguda que se automedicaron fue $48,29 \pm 46,82$ horas y la proporción en aquellos con un tiempo > 24 horas fue 60,92%
3. El tiempo promedio de enfermedad en los pacientes con apendicitis aguda que no se automedicaron fue $20,22 \pm 15,94$ horas y la proporción en aquellos con un tiempo ≤ 24 horas fue 48,41%.
4. Los pacientes que tardan en llegar en tiempo mayor a 24 horas tienen 1,66 veces más probabilidad de haberse automedicado.
5. El 55,04% de los pacientes que se automedicaron tuvieron < 40 años en comparación con el 41,27% de los que no se automedicaron.

VI. RECOMENDACIONES

Nuestro estudio a pesar que tuvo limitaciones por ser un estudio retrospectivo, muestra un problema de salud pública, el cual es la automedicación y su influencia en el retardo en la atención, con su consiguiente complicación, por lo tanto, sugerimos lo siguiente:

1. Realizar estudios prospectivos en relación al tema.
2. Realizar educación en salud para disminuir la prevalencia de automedicación.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Noudeh YJ, Sadigh N, Ahmadnia AY. Epidemiologic features, seasonal variations and false positive rate of acute appendicitis in Shahr-e-Rey, Tehran. *Int J Surg Lond Engl.* abril de 2007;5(2):95-8.
2. Lee JH, Park YS, Choi JS. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in South Korea: national registry data. *J Epidemiol.* 2010;20(2):97-105.
3. Rojas, C. Epidemiología de la apendicitis aguda en el Perú 2009 - 2011. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Lima- Perú 2013.
4. Base de datos nacional de Egresos Hospitalarios. Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática, Perú 2009 - 2011.
5. Alvarado A. How to improve the clinical diagnosis of acute appendicitis in resource limited settings. *World J Emerg Surg WJES.* 2016;11:16.
6. Di Saverio S, Birindelli A, Kelly MD, Catena F, Weber DG, Sartelli M, et al. WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis. *World J Emerg Surg WJES.* 2016;11:34.
7. Majetschak M, Christensen B, Obertacke U, Waydhas C, Schindler AE, Nast-Kolb D, Schade FU. Sex differences in posttraumatic cytokine release of endotoxin-stimulated whole blood: relationship to the development of severe sepsis. Germany. *J Trauma.* 2000 May; 48(5):832-9; discussion 839-40.
8. Oberholzer A, Keel M, Zellweger R, Steckholzer U, Trentz O, Ertel W. Incidence of septic complications and multiple organ failure in

severely injured patients is sex specific. J Trauma. 2000 May;48(5):932-7.

9. Stein GY, Rath-Wolfson L, Zeidman A, Atar E, Marcus O, Joubran S, Ram E. Sex differences in the epidemiology, seasonal variation, and trends in the management of patients with acute appendicitis. *Langenbecks Arch Surg.* 2012 Jun 2.
10. Drake FT, Mottey NE, Farrokhi ET, Florence MG, Johnson MG, Mock C, et al. Time to Appendectomy and Risk of Perforation in Acute Appendicitis. *JAMA Surg.* 1 de agosto de 2014;149(8):837-44.
11. Löfvenberg F, Salö M. Ultrasound for Appendicitis: Performance and Integration with Clinical Parameters. *BioMed Res Int.* 2016;2016:5697692.
12. Lu Y, Friedlander S, Lee SL. Negative Appendectomy: Clinical and Economic Implications. *Am Surg.* octubre de 2016;82(10):1018-22.
13. Estey A, Poonai N, Lim R. Appendix not seen: the predictive value of secondary inflammatory sonographic signs. *Pediatr Emerg Care.* abril de 2013;29(4):435-9.
14. Partain KN, Patel AU, Travers C, McCracken C, Loewen J, Braithwaite K, et al. Association of Duration of Symptoms and Secondary Signs in Ultrasound for Pediatric Appendicitis. *Am Surg.* septiembre de 2016;82(9):266-8.
15. Thompson GC, Schuh S, Gravel J, Reid S, Fitzpatrick E, Turner T, et al. Variation in the Diagnosis and Management of Appendicitis at Canadian Pediatric Hospitals. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* julio de 2015;22(7):811-22.
16. González Del Castillo J, Ayuso FJ, Trenchs V, Martínez Ortiz de Zarate M, Navarro C, Altali K, et al. Diagnostic accuracy of the

APPY1 Test in patients aged 2-20 years with suspected acute appendicitis presenting to emergency departments. *Emerg Med J*. diciembre de 2016;33(12):853-9.

17. Rosenkrantz AB, Labib A, Ginocchio LA, Babb JS. Evaluation for suspected acute appendicitis in the emergency department setting: a comparison of outcomes among three imaging pathways. *Clin Imaging*. agosto de 2016;40(4):788-92.
18. Lourenco P, Brown J, Leipsic J, Hague C. The current utility of ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis. *Clin Imaging*. octubre de 2016;40(5):944-8.
19. 1205-Association-between-Delay-in-Surgical-Treatment-and-Perforation-in-Acute-Appendicitis.pdf [Internet]. [citado 28 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.annepublishers.co/articles/JSOC/1205-Association-between-Delay-in-Surgical-Treatment-and-Perforation-in-Acute-Appendicitis.pdf>
20. Papandria D, Goldstein SD, Rhee D, Salazar JH, Arlikar J, Gorgy A, et al. Risk of perforation increases with delay in recognition and surgery for acute appendicitis. *J Surg Res*. octubre de 2013;184(2):723-9.
21. García J, Hernández J. Factores asociados a la perforación apendicular en pacientes con apendicitis aguda. Servicio de Cirugía General. Centro Hospitalario Nuevo - Sanatorio Durango. México D.F. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 56, N.o 3. Mayo-Junio 2013.
- % Hernandez-Novoa B, Eiros-Bouza JM. Automedicación con antibióticos: una realidad vigente. *Centro de Salud* 2005; 9:357-364.

22. Fajardo-Zapata ÁL, Méndez-Casallas FJ, Hernández-Niño JF, Molina LH, Tarazona AM, Nossa C, et al. La automedicación de antibióticos: un problema de salud pública [Internet]. Salud Uninorte. 2013 [citado 1 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81730430008>
23. Chung CH, Ng CP, Lai KK. Delays by patients, emergency physicians, and surgeons in the management of acute appendicitis: retrospective study. Hong Kong Med J Xianggang Yi Xue Za Zhi. septiembre de 2000;6(3):254-9.
24. Choi JY, Ryoo E, Jo JH, Hann T, Kim SM. Risk factors of delayed diagnosis of acute appendicitis in children: for early detection of acute appendicitis. Korean J Pediatr. septiembre de 2016;59(9):368-73.
25. Vera R, Batista R, Vera D, Anderson C. Causas de diagnóstico demorado en pacientes con síndrome peritoneal. Servicio de Cirugía. 2002-2005. n104ori3 [Internet]. [citado 1 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no104/n104ori3.htm>
26. Vargas A, López S, Ramírez D, Rodríguez A, Fernández E. Apendicitis, factores de riesgo que influyen en el retraso del tratamiento. CG13-apen - cg013d.pdf [Internet]. [citado 1 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2001/cg013d.pdf>
27. García A, Díaz Xiomara, Chiriboga G. Factores que retrasan el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda, hospital Homero Castanier Crespo, Azogues 2013. MED210.pdf [Internet]. [citado 1 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5009/1/MED210.pdf>

28. Lintula H, Pesonen E, Kokki H, Eskelinen M. A diagnostic score for children with suspected apendicitis. *Langenbecks Arch Surg* 2009; 394: 999-1004.
29. <http://www.minsa.gob.pe/>.
30. Zhu X, Pan H, Yang Z, Cui B, Zhang D, Ba-Thein W. Self-medication practices with antibiotics among Chinese university students. *Public Health*. enero de 2016;130:78-83.
31. Maldonado, P y López R. Factores de riesgo en apendicitis aguda complicada en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca. " Universidad de la Cuenca. 2010. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/signos.pdf>. Accedido el 11/01/2017.
32. Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2014; 13(27): 274-295. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys13-27.dehm>.
33. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. 2013 [citado 1 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
34. Documentos Normativos – Colegio Médico del Perú – Consejo Nacional [Internet]. [citado 1 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://cmp.org.pe/institucion/documentos-normativos/>.
35. Bal A, Ozkececi ZT, Turkoglu O, Ozsoy M, Celep RB, Yilmaz S, et al. Demographic characteristics and seasonal variations of acute appendicitis. *Ann Ital Chir*. 2015;86:539-44.
36. Ruiz ME. Risks of self-medication practices. *Curr Drug Saf*. 2010;5(4):315-23.

37. Kucuk A, Erol MF, Senel S, Eroler E, Yumun HA, Uslu AU et al. The role of neutrophil lymphocyte ratio to leverage the differential diagnosis of familial Mediterranean fever attack and acute appendicitis. *Korean J Intern Med.* 2016;31(2):386-91.
38. Asad S, Ahmed A, Ahmad S, Ali S, Ahmed S, Ghaffar S, Khattak IU. Causes of delayed presentation of acute appendicitis and its impact on morbidity and mortality. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2015;27(3):620-3.
39. López Vásquez RC, Maldonado Castillo MP. Tesis [Internet]. 2010 [citado el 26 de Marzo de 2017]. Recuperado a partir de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3483>.
40. Márquez, D. Factores que determinan el retardo de la intervención quirúrgica en pacientes con apendicitis aguda del Hospital Nacioal Sergio E. Bernales, Coas-Lima 2015. Universidad Hermilio Valdizán, 2017.
41. Castillo Gonzales, S. Relación de la automedicación y el estadio anatomico-patológico en la evolución de la apendicitis aguda. Tesis para optar el Grado de Bachiller. Universidad Nacional de Trujillo. 2014.
42. Daimi Ricardo Martínez, Manuel, Pérez Surez, M. Pujol Legrá P. Resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes con Apendicitis aguda. centro de salud Integral "María Genoveva Guerrero", 2007-2011. *Multimed* 2013; 17(1).
43. Velásquez, J. Ramírez F. Vega, J. Premedicación, factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda. *Cir Gen* 2009; Vol. 31:105-109.

ANEXO N° 1

AUTOMEDICACION COMO FACTOR ASOCIADO AL RETARDO EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

N° :

01. Edad:años

02. Sexo: (M) (F)

03. Automedicación: (SI) (NO)

04. Tipo de medicamento:

- AINES ()
- Antiespasmódicos ()
- Antibióticos ()

05. Tiempo desde inicio de síntomas hasta la admisión hospitalaria:
horas

06. Tipo de apendicitis

- Catarral ()
- Supurada ()
- Gangrenada ()
- Perforada ()

07. Estancia hospitalaria: días