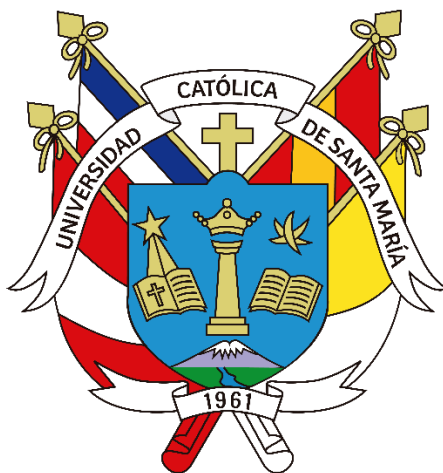


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN, SUS FACTORES DETERMINANTES Y LA COMPLICACIÓN DE PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN AREA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, MARZO 2023

Tesis presentada por la bachiller:

García Llanos, Nathaly Milagros

Para optar el Título Profesional de:

Médica Cirujana

Asesor:

**Dr. Montánchez Carazas, Edgar
Custodio Gaspar**

**Arequipa - Perú
2023**

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 04 de Mayo del 2023

Dictamen: 009446-C-EPMH-2023

Visto el borrador del expediente 009446, presentado por:

2016246072 - GARCIA LLANOS NATHALY MILAGROS

Titulado:

**RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN, SUS FACTORES DETERMINANTES Y LA COMPLICACIÓN
DE PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN AREA DE CIRUGIA DEL
HOSPITAL III GOYENCHE, MARZO 2023**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29379207 - TAMAYO TAPIA PEDRO MANUEL
DICTAMINADOR**



**29277065 - MONTESINOS VALENCIA LILY EUFEMIA
DICTAMINADOR**



**41015613 - VERA VALER JUAN JESUS
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

A mi madre, quien no solo forma parte de mi pasado, sino también de mi presente y futuro.

Porque por ella soy quien soy, pienso como pienso y actúo como actúo.

Como dijo Suzanne Collins, nuestra vida no solo se mide en años, se mide en la vida de aquellos que impactamos.



AGRADECIMIENTO

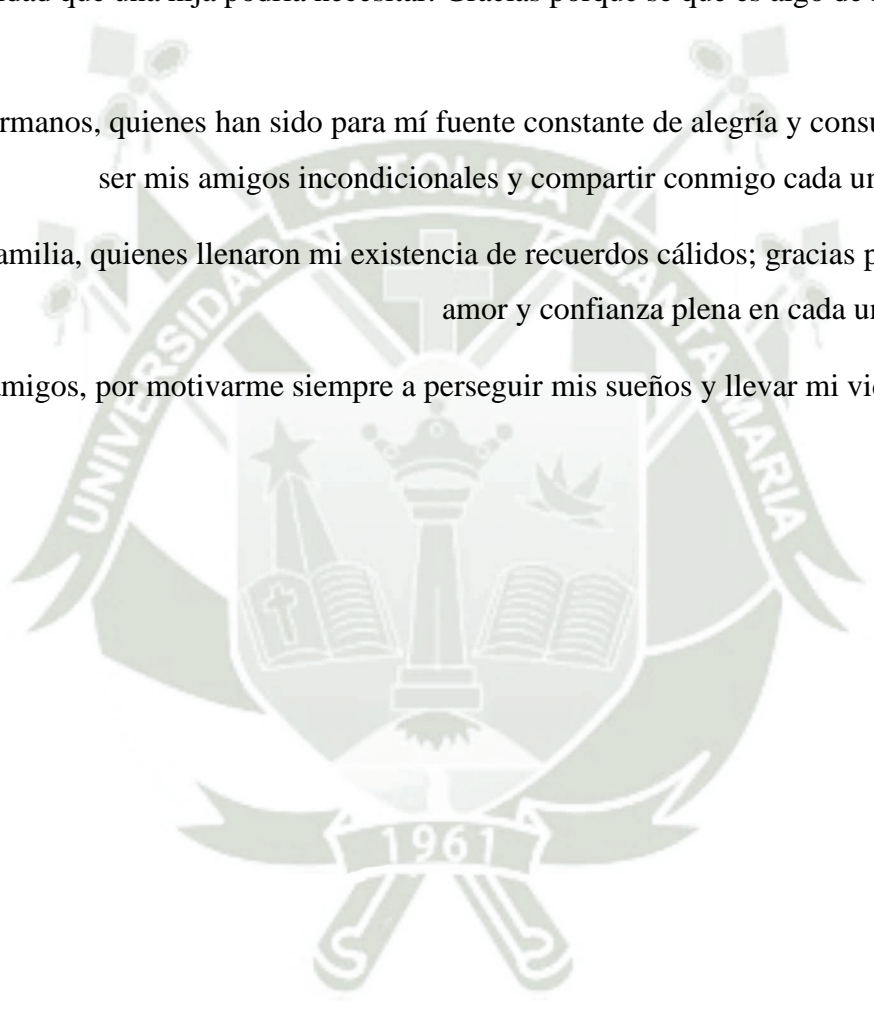
A mi querida guía y maestra, la Dra. Ynes Córdova Coayla por su constante y fundamental apoyo durante todo este proceso.

A mi padre, por haber sido guía a lo largo de mi vida, ejemplo constante de superación y perseverancia, pero sobre todo por estar siempre a mi lado brindándome todo el amor y seguridad que una hija podría necesitar. Gracias porque sé que es algo de lo que nunca me podrías privar.

A mis hermanos, quienes han sido para mí fuente constante de alegría y consuelo; gracias por ser mis amigos incondicionales y compartir conmigo cada uno de sus logros.

A mi familia, quienes llenaron mi existencia de recuerdos cálidos; gracias por brindarme su amor y confianza plena en cada uno de mis pasos.

A mis amigos, por motivarme siempre a perseguir mis sueños y llevar mi vida de momentos irremplazables.



EPÍGRAFE

“El pájaro rompe el cascarón. El cascarón es el mundo. Quien quiera nacer tiene que destruir un mundo. El pájaro vuela hacia Dios. El dios se llama Abraxas.”

Demian, Hermann Hesse

RESUMEN

OBJETIVOS: Evaluar la relación entre la automedicación, los factores predisponentes y las complicaciones de patologías quirúrgicas en pacientes hospitalizados en el área de cirugía de un hospital público.

MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, transversal y relacional, con una población de estudio de 137 pacientes y un tamaño de muestra de 61 pacientes diagnosticados con apendicitis aguda, colecistitis aguda o diverticulitis colónica. Se aplicó encuestas y recolecto datos de pacientes hospitalizados en el área de cirugía varones y mujeres de un hospital público durante el periodo de marzo 2023. Se analizó los datos con las pruebas de Chi cuadrado y R de Spearman para establecer la significancia entre las variables.

RESULTADOS: El 87% se automedicaron, con antiinflamatorios 4,9%, antibióticos 4,9%, analgésicos 37,7%, antiespasmódicos 21,3% e infusiones naturales 31,1%. El 95,1% conoce el riesgo de automedicarse, la razón principal fue falta de tiempo en un 34% y carencia de recursos económico en un 26%, realizado por cuenta propia 39%. Las patologías quirúrgicas fueron; apendicitis aguda 50,8%, colecistitis aguda 45,9% y diverticulitis colónica en 3,3%. Las complicaciones quirúrgicas en apendicitis fueron; gangrena, perforación apendicular y peritonitis localizada en el 36%, en colecistitis fue síndrome adherencial con un 26% y en diverticulitis colónica fue absceso de pared vesical con plastrón diverticular en el 100%.

CONCLUSIONES: Existe relación significativa entre automedicación y complicaciones quirúrgicas, tiempo de enfermedad y automedicación en apendicitis $p < 0.05$. Los factores sociodemográficos no se relacionaron con la automedicación $p > 0,05$.

Palabras clave: Automedicación, complicación, patologías quirúrgicas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the relationship between self-medication, predisposing factors and complications of surgical pathologies in patients hospitalized in the surgery area of a public hospital.

METHODS: A descriptive, prospective, observational, cross-sectional and relational study was carried out, with a study population of 137 patients and a sample size of 61 patients diagnosed with acute appendicitis, acute cholecystitis or colonic diverticulitis. Surveys were applied and data was collected from patients hospitalized in the surgery area for men and women at a public hospital during the period of March 2023. The data was analyzed with the Chi-square and Spearman's R tests to establish their significance and find their relationship.

RESULTS: 87% of patients self-medicated, with anti-inflammatories 4.9%, antibiotics 4.9%, analgesics 37.7%, antispasmodics 21.3% and natural infusions 31.1%. 95.1% know the risk of self-medication, the main reason for self-medication was lack of time 34% and lack of economic resources in 26%, self-employment 39%. The surgical pathologies were; acute appendicitis 50% acute cholecystitis 45% and colonic diverticulitis 8%. Surgical complications in appendicitis were; gangrene, appendiceal perforation and localized peritonitis in 36%, in cholecystitis it was adhesion syndrome with 26% and in colonic diverticulitis it was bladder wall abscess with diverticular plastron in 100%.

CONCLUSIONS: There is a significant relationship between self-medication and surgical complications, time of illness and self-medication in appendicitis $p < 0.05$. Sociodemographic factors were not related to self-medication $p > 0.05$.

Key words: Self-medication, complication, surgical pathologies.

ÍNDICE

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	4
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
1.1. Enunciado del problema.....	5
1.2. Descripción del problema.....	5
1.3. Análisis u operacionalización de variables e indicadores	6
1.4. Interrogantes básicas	9
1.5. Tipo de investigación	10
1.6. Diseño de investigación	10
1.7. Nivel de investigación.....	10
1.8. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:.....	10
2. MARCO CONCEPTUAL.....	12
2.1. AUTOCUIDADO	12
2.2. AUTOPRESCRIPCIÓN.....	14
2.3. AUTOMEDICACIÓN	14
2.4. ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO:.....	18
3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:	32
3.1. A nivel local:	32
3.2. A nivel nacional:	35
3.3. A nivel internacional:.....	37
4. OBJETIVOS.....	39
4.1. Objetivo general:.....	39
4.2. Objetivos específicos:	39
5. HIPÓTESIS:.....	40

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	41
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	42
1.1. Técnica:.....	42
1.2. Instrumentos:.....	42
1.3. Materiales de verificación.....	42
2. Campo de verificación.....	42
2.1. Ubicación espacial.....	42
2.2. Ubicación temporal.....	42
2.3. Unidades de estudio.....	42
3. Estrategia de recolección de datos.....	43
3.1. Organización.....	43
3.2. Validación del instrumento:.....	45
3.3. Criterios o estrategia para el manejo de resultados.....	45
4. Cronograma de trabajo:.....	46
CAPÍTULO III RESULTADOS.....	47
DISCUSIÓN.....	78
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES.....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS.....	89

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS.....	48
TABLA N° 2 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y COMORBILIDADES	49
TABLA N° 3 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y TIEMPO DE ENFERMEDAD50	
TABLA N° 4 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	51
TABLA N° 5 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y ESTANCIA HOSPITALARIA52	
TABLA N° 6 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y TIEMPO DE ENFERMEDAD EN APENDICITIS AGUDA	53
TABLA N° 7 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y TIEMPO DE ENFERMEDAD EN COLECISTITIS AGUDA.....	54
TABLA N° 8 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y TIEMPO DE ENFERMEDAD EN DIVERTICULITIS AGUDA COLÓNICA.....	55
TABLA N° 9 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN APENDICITIS AGUDA	56
TABLA N° 10 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN COLECISTITIS AGUDA.....	57
TABLA N° 11 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN DIVERTICULITIS AGUDA COLÓNICA.....	58
TABLA N° 12 RELACIÓN ENTRE LA AUTOMEDICACIÓN Y EL GÉNERO DE LOS PACIENTES.....	59
TABLA N° 13 RELACIÓN ENTRE LA AUTOMEDICACIÓN Y EDAD DE LOS PACIENTES	60
TABLA N° 14 RELACIÓN ENTRE LA AUTOMEDICACIÓN Y PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES.....	61

TABLA N° 15 RELACIÓN ENTRE LA AUTOMEDICACIÓN Y NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES	62
TABLA N° 16 RELACIÓN ENTRE LA AUTOMEDICACIÓN Y OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	63
TABLA N° 17 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES	64
TABLA N° 18 CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOMEDICACIÓN EN PACIENTES	66
TABLA N° 19 CONOCIMIENTOS ACERCA DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES...	68
TABLA N° 20 RAZONES DE LA CONDUCTA DE AUTOMEDICACIÓN EN PACIENTES	69
TABLA N° 21 DECISIÓN DE AUTOMEDICACIÓN EN PACIENTES.....	71
TABLA N° 22 PERCEPCIÓN DEL EFECTO DE LA AUTOMEDICACIÓN	72
TABLA N° 23 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS.....	73
TABLA N° 24 COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON APENDICITIS	75
TABLA N° 25 COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON COLECISTITIS	76
TABLA N° 26 COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON DIVERTICULITIS AGUDA COLÓNICA.....	77

INTRODUCCIÓN

La salud constituye el bien más preciado del individuo, no solo supone la ausencia de alguna afección o patología, sino que, se entiende por salud el estado completo de bienestar tanto físico, mental y social (1). Es así que la búsqueda de este bienestar integral deriva en el concepto de autocuidado, que empodera a la persona, familia y comunidad a ser partícipes en la gestión del cuidado de la salud en materia de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, automedicación, atención a personas dependientes, incluso en rehabilitación y cuidados paliativos; ya sea con o sin el apoyo del personal de salud. Sin embargo, no reemplaza la atención médica, sino que brinda una opción adicional a esta (2).

La automedicación, entonces, representa una herramienta para el cuidado de salud, puesto que, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) los medicamentos empleados en esta conducta deben estar autorizados, disponibles sin receta médica, ser seguros y eficaces mientras se usen de acuerdo con sus indicaciones (3). No obstante, esto no se cumple al pie de la letra. Así surge el término de automedicación irresponsable o autoprescripción irresponsable, en donde un individuo obtiene y consume medicamentos sin intervención del médico en el diagnóstico, la prescripción o supervisión del tratamiento, y hacen uso de estos de manera indiscriminada predisponiendo a los riesgos que conllevan en su salud (4). Esta actitud es decisión propia del paciente, muchas veces alentada por la familia, amigos, publicidad en medios de comunicación e incluso las mismas farmacias, estas dos últimas persiguiendo, en su mayoría, un fin económico.

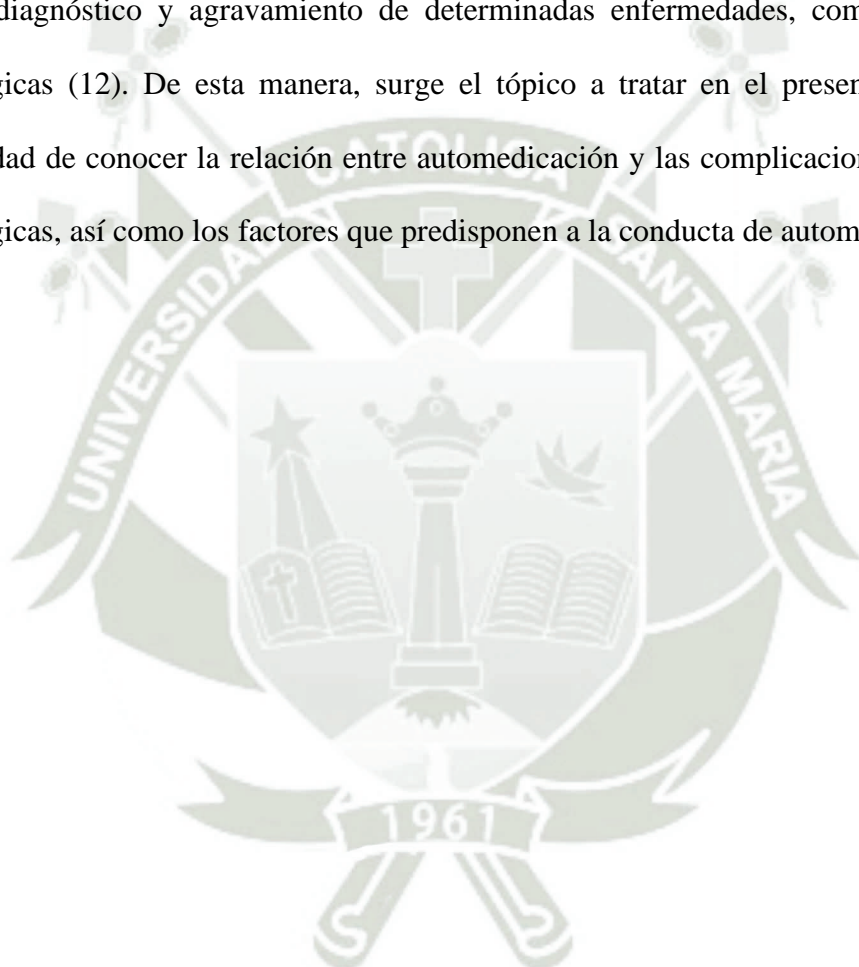
Los factores que contribuyen a la conducta de automedicación son múltiples y se han abordado en diversos estudios, estos incluyen el alto costo del tratamiento, la cobertura de seguro insuficiente, evitar la pérdida del tiempo a la espera de atención médica, tener

experiencias previas con la enfermedad o síntomas que presenta, la desconfianza en el personal de salud, subestimar la enfermedad o síntoma, la comercialización de medicamentos de venta libre, medicamentos almacenados en el hogar previamente y la creencia de que los medicamentos resuelven todos los problemas de salud. (5,6). Lo que convierte a la automedicación en un problema de salud pública, que necesita ser atendido en beneficio de nuestra sociedad. Sin embargo, a raíz de la pandemia COVID-19, este problema no ha hecho más que agravarse. Un estudio en Kenia, publicado a finales del 2020, evaluó la prevalencia de automedicación antes y durante el brote de la pandemia, donde se evidenció un incremento del 36.2% antes de la pandemia, al 60.4% durante la pandemia (7). A nivel nacional, fuimos testigos de este incremento al evidenciar la gran escasez de medicamentos y farmacias desabastecidas a inicios del 2020 que coinciden con la primera ola de la pandemia COVID-19, según informa el diario El Comercio fueron alrededor de 8000 farmacias desabastecidas a nivel nacional (8); no obstante, la Asociación Peruana de Farmacias (ASPEFAR) estima que la compra de medicamentos solo fue en ascenso, ya que la demanda de medicamentos habría incrementado seis veces en la tercera ola a comparación de los últimos meses del 2021 (9).

A nivel local, un estudio sobre los factores determinantes de automedicación en contexto de la pandemia COVID-19, realizado entre el año 2020 – 2021 por Peralta, V. y Huanca, F. (10) encontró una prevalencia de automedicación de aproximadamente un 83.3%; así mismo, en lo que respecta a factores sociodemográficos, encontró una correlación significativa entre automedicación y el sexo femenino (45.4%), edad adulta entre 30 a 59 años (57.9%) y el grado de instrucción básica, que comprende primaria y secundaria (50.0%). Mientras que los medicamentos más empleados fueron paracetamol, ivermectina y plantas medicinales, a diferencia de lo que se evidenció en un estudio realizado en un hospital de Arequipa el año

2018, donde los medicamentos más empleados fueron antimicrobianos, analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos (11).

Este consumo indiscriminado de medicamentos genera consecuencias para la salud y bienestar de la población; incremento de resistencia antibiótica, farmacodependencia, y por supuesto, el enmascaramiento y alteración de sintomatología, lo que trae consigo el retardo en el diagnóstico y agravamiento de determinadas enfermedades, como las patologías quirúrgicas (12). De esta manera, surge el tópico a tratar en el presente trabajo, de la necesidad de conocer la relación entre automedicación y las complicaciones de patologías quirúrgicas, así como los factores que predisponen a la conducta de automedicación.





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es la relación entre la conducta de automedicación, sus factores determinantes y la complicación de patologías quirúrgicas en pacientes atendidos en el área de cirugía del Hospital Goyeneche durante marzo 2023?

1.2. Descripción del problema

El dolor abdominal es un síntoma muy frecuente, tiene una etiología variada, la mayoría de origen benigno; sin embargo, en algunas ocasiones pone en riesgo la vida del paciente. En México un 30% de consultas en urgencias son a raíz de dolor abdominal, mientras que, de estas, aproximadamente un 13 a 40% son posiblemente quirúrgicas; mientras que en Colombia un 30 a 40% de estas consultan requieren cirugía (13). En Perú, un estudio realizado en 1999 demuestra que el 10.58% necesitaron intervención quirúrgica de urgencia, las más frecuentes fueron de origen inflamatorio (86.26%), entre ellas la apendicitis y colecistitis aguda encabezan la lista, junto a la diverticulitis colónica (14). De la misma manera, un estudio en el Hospital Hipólito Unanue en 2019 revela como la causa más común de abdomen agudo quirúrgico a la apendicitis aguda, presente en aproximadamente un 43.1% (15).

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, aproximadamente 100 de cada 100 000 personas padecen esta patología y un 49% cursa con alguna complicación propia de la patología (16,17). La complicación más frecuente de la presencia de los cálculos biliares es la colecistitis aguda y se presenta en un 11% de los casos; las complicaciones propias de la colecistitis son principalmente la colecistitis gangrenosa y la perforación que ocurren en un 20% y 10% de los casos respectivamente (18).

Mientras que la diverticulitis complicada se presentan en aproximadamente 12% de las diverticulitis colónicas (19).

Con estos datos podemos evidenciar que el desarrollo de complicaciones en patologías quirúrgicas es bastante frecuente y tienen como factor común el retraso en el diagnóstico que, si bien es cierto, puede deberse a diversos factores.

Sin embargo, según señalan diversos autores a nivel nacional e internacional, el retraso en el diagnóstico se asocia significativamente a la conducta de automedicación. (20–24). Y no es de extrañarse, ya que según reporta la OMS, el 50% de los fármacos que se prescriben, se dispensan o venden de manera inadecuada (25).

1.1.1. Área del conocimiento

1.1.1.1. Área general: Ciencias de la Salud

1.1.1.2. Área Específica: Medicina Humana

1.1.1.3. Especialidad: Cirugía de Abdomen

1.1.1.4. Línea: Automedicación

1.3. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

Características sociodemográficas

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORÍA	ESCALA
Género	Características secundarias según paciente	Varón/Mujer	Nominal
Grupo etario	Número de años de paciente	Jóvenes (18-29 años) Adultos (30-59 años) Adultos mayores (≥ 60 años)	Ordinal

Grado de Instrucción	Nivel de instrucción alcanzado	Analfabeto Primaria completa Primaria incompleta Secundaria Incompleta Secundaria Completa Técnico Superior Superior Universitario	Ordinal
Ocupación	Situación laboral del paciente	Estudiante Ama de casa Trabajo independiente Trabajo dependiente Jubilados	Nominal

Características de la Enfermedad

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORÍA	ESCALA
Comorbilidades	Enfermedades diferentes a la patología quirúrgica	Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial Obesidad Enfermedad renal Hepatopatía Crónica Asma TBC Hipertiroidismo/ Hipotiroidismo Neoplasia Ninguna comorbilidad Otras	Nominal
Tiempo de Enfermedad	Número de horas antes de acudir por a hospital o establecimiento de salud	Menor a 24 horas 24 a 48 horas 48 a 72 horas Mayor a 72 horas	Ordinal
Diagnóstico Presuntivo	Diagnóstico planteado antes del procedimiento quirúrgico	Apendicitis, Colelitiasis, Colecistitis, Coledocolitiasis, Obstrucción intestinal, Hernias, etc.	Nominal
Diagnóstico Definitivo	Diagnóstico postquirúrgico	Apendicitis, Colelitiasis, Colecistitis, Coledocolitiasis, Obstrucción intestinal, Hernias, etc.	Nominal

Estancia Hospitalaria	Número de días de estancia hospitalaria	0 – 3 días 4 – 7 días 8 – 14 días 15 – 30 días	Ordinal
Evolución	Estado del paciente post atención quirúrgica	Alta Estacionaria Fallecido Traslado a otro servicio	Nominal

Características de la Automedicación

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORIA	ESCALA
Practica de automedicación previa a la hospitalización	Actitud del paciente frente al consumo de medicamentos y/o sustancias	Sí se automedico Sí se automedico, solo con plantas medicinales No se automedico	Nominal
Tiempo de automedicación	Número de días que paciente consume sustancia o fármaco utilizado en automedicación previo a la hospitalización	0 – 3 días 4 – 7 días 8 – 14 días 15 – 30 días	Ordinal
Tipo de fármaco o sustancia usada en automedicación	Aprobadas por la FDA	Antiinflamatorios Antibióticos Analgésicos Antiespasmódicos No sabe	Nominal
	No aprobadas por la FDA	Infusiones Capsulas con sustancias naturales	
Información de sustancias o fármacos utilizados en automedicación	Conocimiento del paciente sobre las sustancias o fármacos consumidos	Conoce efectos secundarios Conoce la forma de almacenamiento correcto Conoce dosificación No tiene conocimiento	Nominal
Factores que propician la automedicación	Factores que predisponen que el paciente opte por	Falta de tiempo para acudir a consulta médica Difícil acceso a consulta médica	Nominal

	la práctica de automedicación	Carece de recursos económicos para acudir a consulta médica Mala calidad de atención en establecimientos de salud Receta médica antigua Confía en recomendación de farmacias o boticas Tiene conocimiento sobre fármacos Publicidad de medios de comunicación	
Recomendación de automedicación	Agentes que alientan la práctica de automedicación	Por cuenta propia Farmacias/Boticas Familiares Amistades Personal de salud no médicos Medios de comunicación o redes sociales	Nominal
Percepción sobre la eficacia	Alivio de los síntomas según criterio del paciente	Síntomas desaparecieron Síntomas mejoraron Síntomas empeoraron No hubo diferencia	Ordinal
Percepción de riesgo	Percepción de riesgo en la conducta de automedicación	Sí es una conducta de riesgo No es una conducta de riesgo	Nominal

1.4. Interrogantes básicas

1.1.2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el área de cirugía del Hospital III Goyeneche?

1.1.3. ¿Cuáles son las características de la enfermedad en las complicaciones quirúrgicas en los pacientes atendidos en el área de cirugía del Hospital III Goyeneche?

1.1.4. ¿Cuáles son las características de la automedicación en los pacientes atendidos en el área de cirugía del Hospital III Goyeneche?

1.1.5. ¿Cuál es la relación entre la automedicación y las características sociodemográficas en pacientes atendidos en el área de cirugía del Hospital III Goyeneche?

1.1.6. ¿Cuál es la relación entre la automedicación y las complicaciones de patologías quirúrgicas en pacientes atendidos en el área de cirugía del Hospital III Goyeneche?

1.5. Tipo de investigación

Descriptivo-correlacional

1.6. Diseño de investigación

Descriptivo Prospectivo de corte transversal

1.7. Nivel de investigación

Relacional

1.8. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

1.1.7. Justificación científica:

El proyecto de investigación tiene como propósito aportar al conocimiento actual de factores que contribuyen a la práctica de automedicación y la importancia en la complicación de patologías quirúrgicas, de manera que nos brinde una mejor perspectiva sobre la situación actual de la atención primaria y sistema de salud de nuestra región y país en general, brindándonos la capacidad de elaborar estrategias efectivas para mitigar la conducta de automedicación utilizando sus factores contribuyentes a favor de la salud y

en su defecto, contribuir en su modificación; así mismo, elaborar estrategias para educar a la población para que funjan como aliados en salud.

1.1.8. Justificación social:

La práctica de automedicación ha demostrado ser una conducta bien arraigada en nuestra población, que con la finalidad de mantenerse “activa y saludable” recurren a esta práctica como una alternativa subjetivamente eficaz; práctica que vio un realce significativo a consecuencia de la pandemia COVID-19 a expensas incluso de sustancias con efectos no estudiados sobre la salud (10). Es así que la automedicación está relacionada a diversas complicaciones como náuseas, vómitos, epigastralgias y otros más preocupantes como la dependencia, resistencia bacteriana y enmascaramiento de síntomas que llevan a la cronificación de diversas patologías, entre ellas las quirúrgicas (26). Es de conocimiento general que una patología quirúrgica complicada acarrea una mayor presencia de morbilidad, un mayor tiempo de recuperación y una mayor estancia hospitalaria que a su vez predispone que el paciente este expuesto a enfermedades nosocomiales.

1.1.9. Justificación económica:

Es común ver en consulta pacientes con patologías no resueltas que cuentan con tratamiento auto prescrito, por lo que el médico se ve a obligado a cambiar el esquema de tratamiento por uno más complejo y que habitualmente demanda el uso de un mayor recursos económicos. Por lo tanto, mitigar la conducta de automedicación llevaría a la reducción del presupuesto destinado al sector de salud utilizado para el tratamiento de efectos adversos causados por esta. De manera que ese presupuesto sea utilizado para fortalecer la atención primaria, que resulta ser más beneficiosa y económica. A favor de

un país que cuente con más personas sanas y capaces de aportar tanto física como intelectualmente al desarrollo de nuestro país.

1.1.10. Justificación personal:

Si bien la automedicación es una conducta frecuente y normalizada en nuestra sociedad, el surgimiento de la pandemia COVID-19 agravó esta conducta, que, sumada a una población vulnerable como la nuestra, la convierte una práctica de riesgo, capaz de provocar diversas consecuencias que finalmente terminan por ser perjudiciales para nuestra población. Es por ello que considero importante conocer aquellos factores determinantes de la conducta de automedicación, para que podamos actuar con o sobre ellos y evitar las complicaciones que acarrea, como el enmascaramiento de síntomas que trae consigo la complicación de diversas patologías quirúrgicas capaces de agravar la situación del paciente y generar morbilidad.

1.1.11. Factibilidad:

El método de recolección de datos por medio de encuestas presencialmente es factible y cómodo para el encuestado, puesto que permite al investigador resolver las dudas del encuestado y asegurarse que las encuestas sean llenadas personalmente y de la manera más veraz y posible.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. AUTOCUIDADO

La Organización Mundial de la Salud la define como “aquella capacidad de la persona, familia y comunidad para incentivar el cuidado de la salud, prevenir enfermedades y mantener la propia salud, haciendo frente a enfermedades y discapacidades, ya sea con o sin el apoyo de un personal de la salud”. De manera que los empodera y reconoce como agentes activos gestores del cuidado de su

propia salud; comprende la promoción de salud, prevención y manejo de enfermedades, y asistencia a individuos en situación de dependencia, rehabilitación, cuidados paliativos y la automedicación, siempre y cuando sea responsable (2).

2.1.1. Intervenciones del autocuidado:

Este término hace referencia a aquellas herramientas que funcionan como apoyo en el autocuidado, estas incluyen los medicamentos y dispositivos diagnósticos que puedan proporcionarse de manera total o parcial dentro de los servicios de salud, y pueden usarse con o sin la ayuda del personal de la salud. Algunos ejemplos incluyen el autocontrol de glucosa y presión arterial, así como pruebas de embarazo, productos anticonceptivos y de salud sexual de venta libre (2).

2.1.2. Desafíos:

El autocuidado entonces tiene una connotación más bien positiva, puesto que no solo empodera al individuo en su propio cuidado, sino que contribuye a optimizar el uso de recursos en salud; sin embargo, el tomar una postura desmedida, poco responsable y no informada puede muchas veces derivar en que el paciente subestime la severidad de su dolencia que acarrea a su vez, el agravamiento de la patología base y así, un mayor costo en salud (4).

Por ello, antes de recomendar intervenciones específicas, debemos primero tener evidencia de que resultan realmente beneficiosas y no ocasionen algún daño. De la misma manera es importante evaluar y garantizar un entorno adecuado en que las intervenciones de autocuidado puedan estar disponibles de manera segura, y debido a que las intervenciones se acceden y/o utilizan fuera de los servicios de salud, los elementos de un entorno propicio deben incluir otros sectores, como el de educación, servicios sociales, etc (2).

2.2. AUTOPRESCRIPCIÓN

Puede ser definida como la obtención de fármacos sin tener receta médica, que incluye también la obtención de estos fármacos utilizando una receta anterior sin que el médico haya tomado una decisión basada en el diagnóstico actual (27). Esta incurre, entonces, en una violación a la Ley General de Salud, artículo 226, al emplear medicación que solo puede adquirirse con receta médica o algún permiso especial, aquella a la que su receta queda retenida por la farmacia o solo puede surtir hasta en tres ocasiones o bien, aquella que requiere receta, pero esta no puede ser utilizada nuevamente (28).

2.3. AUTOMEDICACIÓN

2.3.1. Definición:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la automedicación es definida como “la elección y el uso de fármacos por parte de individuos que no cuentan con receta médica, con la finalidad de tratar enfermedades o síntomas reconocidos por ellos mismos” (29). Así mismo, la OMS en su reporte de la 4° reunión sobre el rol del farmacéutico en el autocuidado y la automedicación en el año de 1998 define a la automedicación como “aquella práctica mediante la cual las personas tratan sus enfermedades o malestares con fármacos autorizados y disponibles sin la necesidad de receta médica, y que son seguros y eficaces si se los usa de acuerdo con las indicaciones” (3). De esta manera el concepto de automedicación tradicionalmente ha estado ligado al concepto de autocuidado, revisado anteriormente.

Sin embargo, el Observatorio del Comportamiento de Automedicación (OCAM) de la Universidad del Rosario, Colombia, la percibe como un comportamiento mucho más complejo y determinado por diversas variables, de manera que pueda ocurrir dentro del contexto de la prescripción o fuera de ella (30). Es así, que define a la automedicación como el comportamiento propio de consumo que consiste en la autoadministración o administración a otros individuos, de medicamentos (incluyendo productos naturales) sin prescripción médica o alterando esta, con el propósito de autocuidado de la salud u otros diferentes, como el mejoramiento de capacidades físicas o cognitivas, cuidado estético y uso lúdico, así como también en el contexto de la sexualidad, para el mejoramiento de las capacidades sexuales, cambio de sexo o para la prevención e interrupción del embarazo (30,31).

2.3.2. Epidemiología:

Diversos estudios han planteado los factores predisponentes a la conducta de automedicación, la mayor parte de ellos mencionan como factores principales pertenecer al sexo masculino, menor o igual a 29 años, con educación primaria completa e incompleta, quechua hablante u otra lengua diferente al español, trabajador independiente que no cuente con seguro de salud, quienes en su mayoría solicitan un consejo al vendedor en farmacia y no se les solicita receta médica (32).

Con respecto a la prevalencia de automedicación, según Hermoza R. en su estudio realizado en la ciudad de Lima durante el año 2016, la prevalencia de automedicación fue de 56.65%; mientras que el obtenido por Manchego J. en su estudio realizado en la ciudad de Arequipa el año 2018, fue del 51.7 %. Sin embargo, ambos estudios evidenciaron que los antiinflamatorios

antipiréticos, analgésicos, y antimicrobianos son el tipo de fármacos usados con mayor frecuencia en contexto de automedicación (11,33).

2.3.3. Consecuencias:

La automedicación supone un factor de riesgo importante tanto a nivel farmacológico, clínico y de salud pública, ya que ocasionan “emergencias accidentales”, iatrogénicas, intencionales o por sobredosis, dentro los ejemplos más relevantes tenemos a la penicilina G benzatínica que puede desarrollar una reacción de hipersensibilidad y posteriormente, shock anafiláctico; el paracetamol o acetaminofén que es potencialmente hepatotóxico; también los fármacos teratogénicos como la talidomida; o los agentes psicotrópicos que pueden desencadenar desde farmacodependencia física y psicológica hasta la muerte(19). Así mismo, en gran medida es responsable de la resistencia bacteriana y el enmascaramiento de síntomas, produciendo cronificación y complicación de la patología base (26).

2.3.4. Políticas reguladoras de dispensación de fármacos en Perú:

En el Perú, diversos estudios han evidenciado el uso irracional de los medicamentos. Es por ello, que en la Ley General de Salud, Ley N° 268442, en el artículo 26° y 33° se establecieron parámetros con respecto a la dispensación de medicamentos. El artículo 26° menciona que “sólo los médicos pueden prescribir medicamentos; los cirujano-dentistas y las obstétricas sólo pueden prescribir medicamentos dentro del área de su profesión”. Mientras que el artículo 33° menciona que el profesional químico-farmacéutico tiene la responsabilidad de suministrar, asesorar y orientar al usuario sobre el uso adecuado, dosificación y posibles interacciones y efectos secundarios del producto farmacéutico, así como también sobre las

condiciones óptimas de almacenamiento. Además, debe estar capacitado para sugerir opciones de medicación con características químicas y farmacológicas similares a las del medicamento prescrito en la receta, en la misma forma y dosis (34).

Por otro lado, la Política Nacional de Medicamentos (2005) contempla a la prescripción y dispensación de medicamentos como actividades propias de los profesionales de salud, que muchas veces se ve alienada por la conducta de automedicación no informada. Esta conducta es alentada por la promoción comercial, que frecuentemente proporciona información parcializada e incompleta, proponiendo usos que no son prudentes y utiliza métodos de persuasión no éticos. Por ello, propone tres medidas en pro de contribuir con la solución de este problema (35):

1. Se propone la mejora de la regulación de la promoción de medicamentos, tanto dirigida al público en general como a los profesionales de la salud, siguiendo los Criterios Éticos para la Promoción de Medicamentos de la Organización Mundial de la Salud.
2. Es necesario definir con claridad las competencias de la Autoridad de Salud para establecer las infracciones a las normas relacionadas con la publicidad de medicamentos.
3. Es recomendable que la Comisión de Publicidad de Medicamentos de INDECOPI incorpore a profesionales de la salud.

2.4. ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO:

Entre las patologías quirúrgicas más vistas en el área de cirugía general se encuentra el denominado abdomen agudo, que comprende una serie de cuadros clínicos caracterizados por el dolor abdominal intenso de aparición súbita, la afeción del estado general y una alteración en el tránsito intestinal. Este tipo de cuadro puede o no requerir cirugía, por lo que es necesario establecer un diagnóstico correcto y oportuno. El término “abdomen agudo quirúrgico” hace referencia a aquel abdomen agudo que requiere cirugía; Puede ser de origen hemorrágico, producto por ejemplo de traumatismo abdominal; de origen perforativo, ya sea por úlcera péptica o perforación intestinal; y de origen inflamatorio, como la apendicitis, diverticulitis colónica y colecistitis (36). Este estudio se enfocará en aquellas de origen inflamatorio, debido a su mayor prevalencia y manejo urgente.

2.3.5. APENDICITIS AGUDA

La apendicitis es definida como el proceso inflamatorio agudo primario de la pared apendicular, producto principalmente por la obstrucción apendicular que puede ser causada por fecalitos, hiperplasia linfoide, cálculos, tumores, ya sean benignos o malignos, y procesos infecciosos (17).

La incidencia anual es de aproximadamente 100 por cada 100 000 personas según estudios de América del Norte y Europa. Esta incidencia ha ido en descenso desde la década de 1970 por razones desconocidas. Se puede presentar a lo largo de toda la vida; sin embargo, ocurre con mayor frecuencia entre la segunda y tercera década de vida, más frecuente en pacientes de sexo masculino, en una relación de 3:2 con respecto a pacientes del sexo femenino. En las edades extremas de la vida, su presentación es menor; empero el curso de enfermedad es atípico e insidioso, lo que conduce a un diagnóstico erróneo

más frecuente y retraso en el tratamiento. Paradójicamente, a pesar de que la incidencia de apendicitis aguda ha ido en declive, la incidencia de apendicitis perforada ha ido en aumento (17,37).

2.3.5.1. Características Clínicas

La presentación clásica se caracteriza por aparición de dolor abdominal habitualmente periumbilical que migra posteriormente a cuadrante inferior derecho a medida que progresa la inflamación. A este dolor se le añade náuseas y vómitos. La fiebre y los síntomas relacionados a esta aparecen más tarde en el curso de la enfermedad. Mientras que la presentación atípica o inicial puede incluir flatulencias, indigestión, diarrea, y/o malestar generalizado (17).

El examen físico puede no ser revelador en las primeras etapas de apendicitis, sin embargo, a medida que la inflamación avanza, la afección del peritoneo parietal adyacente causa sensibilidad localizada en el cuadrante inferior derecho detectable en la palpación abdominal. Dentro de los signos físicos tenemos (17,37):

- Punto de McBurney: Dolor máximo a 1.5 a 2 pulgadas de la espina iliaca anterosuperior en una línea que va desde la espina iliaca anterosuperior hasta el ombligo.
- Signo de Blumberg: Descompresión brusca y dolorosa del abdomen. También llamado signo del rebote, orienta la sospecha de irritación peritoneal.
- Signo de Rovsing: Dolor en cuadrante inferior derecho a la palpación de cuadrante inferior izquierdo; indicativo de irritación peritoneal local.

- Signo del Psoas: Dolor en cuadrante inferior derecho con extensión pasiva de la cadera, asociado a apéndice retrocecal.
- Signo del Obturador: Dolor a la flexión de cadera y rodilla derecha seguido de la rotación interna de la cadera, asociado a apéndice pélvico.

2.3.5.2. Anatomía patológica

Se han descrito 4 estadios anatomopatológicos (37):

- Apendicitis congestiva o edematosa: Caracterizada por la secreción y posterior acumulación de mucus.
- Apendicitis supurativa o flemonosa: De aspecto engrosado y friable, recubierto de pseudomembranas, caracterizada por la infiltración de polimorfonucleares y exudado purulento.
- Apendicitis gangrenosa: Se caracteriza por su afección de todas las capas, necrosis gangrenosa con grandes áreas de ulceración en la mucosa apendicular.
- Apendicitis perforada: Caracterizada por la presencia de abscesos intramurales y perforación parietal, además de áreas de necrosis supurativa.

Es común afirmar en la apendicitis aguda no tiene una correlación clinicopatológica exacta; puesto que, pacientes poco sintomáticos pueden presentar estadios anatomopatológicos avanzados o viceversa (37). Sin embargo, la literatura ha descrito la relación entre el tiempo de enfermedad y estadio anatomopatológico donde dentro de las primeras 24 horas de evolución suelen presentarse tanto apendicitis congestivas, como supuradas; mientras que la necrosis apendicular suele presentarse entre las

24 y 48 horas, pasadas las 48 horas se observa preferentemente perforación apendicular (38). Así mismo, se menciona que pasadas las 16 horas de evolución es común se presente algún tipo de complicación hasta en un 35%, mientras que pasadas las 32 horas de evolución se presentan apendicitis complicadas hasta en un 75% (39).

2.3.5.3. Diagnóstico

Para el diagnóstico, a lo largo de los años se propuso diversas escalas, entre ellas, la Escala de Alvarado es la más conocida y ha demostrado ser eficaz y muy sencilla (40). Evalúa síntomas (anorexia, migración de dolor, náuseas/vómitos), signos (dolor en cuadrante inferior derecho, rebote positivo, fiebre) y laboratorio (leucocitosis, desviación izquierda). Cada una de estas variables tiene el valor de un punto, con excepción de dolor en cuadrante inferior derecho y leucocitosis a las que se le asigna dos puntos; dado un total de 10 puntos, según el valor obtenido tenemos (41):

- 9 – 10 puntos: Certeza de apendicitis
- > 7 puntos: Alta probabilidad de apendicitis
- 6 – 5 puntos: Consistente con apendicitis, pero no diagnóstica.
- < 4 puntos: Baja probabilidad de apendicitis

Hallazgos de laboratorio: En su mayoría, la apendicitis cursa con leucocitosis (>10 000 células/microlitros) y desviación izquierda. Es posible encontrar un recuento de glóbulos blancos normales siempre y cuando se esté cursando una etapa muy temprana de la enfermedad. El recuento será mucho más alto en pacientes con estadios de enfermedad más avanzados (17):

- Aguda: $14\ 500 \pm 7\ 300$ células/microlitros

- Gangrenosa: $17\ 100 \pm 3\ 900$ células/microlitros
- Perforada: $17\ 900 \pm 2100$ células/microlitros

Examen imagenológico: En primer lugar, tenemos a la ecografía de alta disponibilidad y bajo costo, donde un diámetro apendicular >6 mm, hiperecogenicidad de la grasa periapendicular, líquido o colecciones periapendiculares, fecalitos y dolor a la compresión con el transductor son criterios diagnósticos de apendicitis; En la tomografía computarizada (alta sensibilidad y especificidad) con contraste los signos que sugieren apendicitis aguda son: diámetro apendicular > 8 mm con luz ocluida, pared apendicular engrosada > 2 mm, realce de la pared apendicular, líquido libre, gas extraluminal y apendicolito; mientras que la radiografía simple no es útil para el diagnóstico (37).

Todos estos parámetros sugieren la presencia de apendicitis, sin embargo, solo se confirma el diagnóstico con el hallazgo histológico de la muestra extraída en el acto quirúrgico (17).

2.3.5.4. Complicaciones

La evolución a una apendicitis complicada está influenciada por al menos tres factores, como pueden ser la demora del tratamiento quirúrgico, la localización retrovisceral, la infección de progresión rápida o la formación de adherencias. Entre alguna de las complicaciones encontramos apéndices perforados, necrosados, formación de abscesos o adherencias (plastrón apendicular), peritonitis localizada o generalizada, incluyendo las más graves y actualmente raras asociadas a pyleflebitis y abscesos hepáticos (37). Estos son causantes de una mayor estancia hospitalaria, y en algunas ocasiones, suelen requerir intervención quirúrgica nuevamente;

lo que significa un mayor costo para la economía nacional (40). En un estudio realizado por Gamero M, Barreda J., e Hinostroza, G., (16) el año 2009 en el Hospital Dos de Mayo se halló que el 49% de pacientes presentó apendicitis complicadas, lo que derivó en una mayor estancia hospitalaria de aproximadamente 10 días más en relación a los pacientes con apendicitis no complicada. Siendo la estancia hospitalaria promedio de 1.9 días según Herrera J. (42) en su estudio realizado el año 2022 en Argentina.

2.3.5.5. Tratamiento

El tratamiento quirúrgico es considerado el tratamiento curativo de apendicitis aguda (37). La apendicectomía abierta fue considerada el tratamiento estándar durante más de siglo; no obstante, el manejo actual es más sofisticado, por medio de laparoscopia. En caso de las complicaciones de apendicitis, pueden ser tratadas con una terapia antibiótica previa a la cirugía (43).

Antes de la cirugía, el paciente necesitará una hidratación intravenosa adecuada, así como la corrección de trastornos electrolíticos, suspensión de la vía oral, control del dolor y profilaxis antibiótica que cubra aerobios y anaerobios gramnegativos (E. Coli, Proteus, klebsiella, entre otros) como cefoxitina (2 gr endovenoso), cefotetán (2gr endovenoso o cefazolina más metronidazol (37,43).

Aquellos pacientes con diagnóstico de absceso apendicular pequeño (< o igual a 3 cm) pueden ser sometidos a apendicetomía inmediata; mientras que los abscesos más grandes (> 3 cm) deben ser sometidos primero a terapia antibiótica y drenaje percutáneo. A los pacientes que presentan flemón en el cuadrante se debe determinar la probabilidad de realizar

apendicetomía sin resección ileocecal. En pacientes con apendicitis perforada debe iniciarse una terapia antibiótica empírica previa a la cirugía, en caso de haber sido sometidos a apendicetomía al momento del ingreso, se debe continuar con los antibióticos durante dos a cuatro días después de la cirugía (43).

2.3.6. COLECISTITIS Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Se define como la inflamación de la vesícula biliar, puede ser aguda o crónica (18):

- **Colecistitis Aguda:** Inflamación de la vesícula biliar asociado a dolor en el cuadrante superior derecho, leucocitosis y fiebre, en su mayoría causada por cálculos biliares, mientras que la colecistitis acalculosa representa alrededor de 5 a 10% de casos. Causada por la obstrucción del conducto cístico y posterior inflamación de la vesícula, en respuesta se liberan mediadores inflamatorios (prostaglandinas principalmente) quienes propagan la inflamación aún más, así mismo, la infección de la bilis dentro del sistema biliar tiene un papel de suma importancia; derivando en cambios histológicos de la vesícula, puede variar desde un edema leve hasta gangrena y necrosis.

Es la complicación más común de la enfermedad de cálculos biliares, se desarrolla en aproximadamente 6 a 11% de pacientes con cálculos biliares en un lapso de 7 a 11 años.

- **Colecistitis Crónica:** Asociada a cálculos biliares, se presume que es resultado de cuadros recurrentes de colecistitis aguda o irritación

mecánica, que producen fibrosis y engrosamiento de la vesícula. La colecistitis crónica no tiene gran relevancia clínica.

2.3.6.1. Características Clínicas

Típicamente se presenta dolor a nivel de cuadrante superior derecho o epigástrico prolongado (> 4 a 6 horas) que puede irradiar a espalda u hombro derecho. Muchas veces se asocia con náuseas, vómitos, anorexia y fiebre. Como antecedente, el paciente ingirió alimentos grasos una o más horas antes del inicio del cuadro (18).

En el examen físico, el paciente suele tener un mal estado general, con la tendencia a la inmovilidad, puesto que el dolor se agrava con el movimiento, ya que la colecistitis condiciona una inflamación del peritoneo parietal verdadera. En la exploración del abdomen encontraremos el signo de Murphy positivo, altamente sensible, mas no específico. Para evaluar este punto se pide al paciente que inspire profundamente mientras que el examinador palpa debajo del borde del hígado que corresponde al área de la fosa de la vesícula biliar; el signo será positivo si el paciente siente aumento del dolor y recupera el aliento (18).

Los pacientes con colecistitis complicadas pueden presentar signos de sepsis si se trata de una gangrena, peritonitis generalizada en caso de perforación, crepitación abdominal si hablamos de una colecistitis enfisematosa o signos de obstrucción intestinal si se trata de un íleo biliar (18).

2.3.6.2. Diagnóstico

Para el diagnóstico de colecistitis aguda es necesario demostrar la presencia de edema o engrosamiento de la pared vesicular, en la mayoría

de los casos una ecografía abdominal y signo ecográfico de Murphy es suficiente (18).

Hallazgos de laboratorio: Es común la presencia de leucocitosis con desviación izquierda. La elevación de bilirrubinas totales y fosfatasa alcalina sérica sugiere la presencia de colecistitis aguda complicada, puesto que la obstrucción de la colecistitis no complicada se limita a la vesícula biliar (18).

Examen imagenológico: La ecografía abdominal suele ser suficiente para dar el diagnóstico de colecistitis aguda, se evidencia engrosamiento de la pared vesicular (> 4 a 5 mm), líquido pericolecístico o edema, conocido como signo de la doble pared. Además del Signo de Murphy ecográfico, similar al signo de Murphy explorado durante la palpación abdominal, excepto que la respuesta positiva se evidencia a la palpación con el transductor de ultrasonido (18).

2.3.6.3. Complicaciones

Los pacientes con sospecha de colecistitis aguda requieren tratamiento definitivo, puesto que las complicaciones son frecuentes y pueden ser graves. Entre ellas tenemos (18):

- Colecistitis gangrenosa: Es la complicación más frecuente de la colecistitis aguda, suele presentarse hasta en un 20% de los casos en aquellos pacientes con retraso en el diagnóstico o que cursan con diabetes. El cuadro clínico es similar a una sepsis, que sumado a la sintomatología de colecistitis hacen sospechar de esta complicación.

- **Perforación:** Ocurre con mayor frecuencia en el fondo de la vesícula biliar después de una gangrena. Presente en aproximadamente el 10% de los casos en pacientes con retraso en el diagnóstico. Es visible en una tomografía computarizada abdominal, mientras que el absceso pericolequístico puede ser palpable.
- **Colecistitis enfisematosa:** Ocurre por una infección secundaria de la pared vesicular con organismos formadores de gases como *Clostridium welchii*. Presenta la misma sintomatología que una colecistitis aguda, sin embargo, los signos peritoneales suelen estar ausentes. Puede detectarse crepitación en la pared vesicular adyacente a la pared vesicular. Suele cursar con hiperbilirrubinemia no conjugada resultado de la hemólisis inducida por infección clostridial. La colecistitis enfisematosa anuncia el desarrollo de perforación, gangrena u otras complicaciones.
- **Fístula colecistoentérica:** Producto de la presión prolongada de los cálculos sobre la vesícula, genera necrosis y posterior perforación de esta hacia la luz intestinal. Rara vez ocurre como resultado de una colecistitis aguda calculosa.
- **Íleo biliar:** Obstrucción intestinal mecánica provocada por el paso de un cálculo biliar (>2,5 cm) a través de una fístula colecistoentérica, generalmente en la parte más estrecha del íleon terminal (aproximadamente a dos pies de la válvula ileocecal).

2.3.6.4. **Tratamiento** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

El pilar del tratamiento de una colecistitis aguda calculosa es la colecistectomía, entendida como la extracción de la vesícula. Previamente puede iniciarse terapia antibiótica y/o drenaje vesicular percutáneo. En aquellos pacientes en los que la inflamación aguda está resuelta deben someterse a colecistectomía electiva para prevenir la recurrencia.

En cuanto a los cuidados de apoyo previos a la cirugía en pacientes hospitalizados tenemos (44):

- Hidratación vía intravenosa
- Corrección de trastornos electrolíticos
- Manejo del dolor preferentemente con AINES u opioides.
- Antibioticoterapia de amplio espectro que debe continuarse hasta la extirpación de la vesícula.
- Sonda nasogástrica en pacientes que vomitan

2.3.7. **DIVERTICULITIS COLÓNICA**

La enfermedad diverticular colónica es contribuyente significativo a los costos de atención médica, puesto que es una causa importante de ingresos hospitalarios. Dentro de la enfermedad diverticular tendremos diversos términos que vale la pena diferenciar (45):

- Divertículo: Protuberancia en forma de saco de la pared del colon.
- Diverticulosis: Presencia de divertículos.
- Diverticulitis aguda: Inflamación de un divertículo habitualmente por una microperforación de este.

- Diverticulitis complicada: Diverticulitis asociada a obstrucción intestinal, absceso, estenosis, perforación o fístula.
- Diverticulitis simple o no complicada: Diverticulitis sin complicación asociada.
- Diverticulitis crónica o latente: Inflamación diverticular que persiste a lo largo de semanas o meses.

2.3.7.1. Características Clínicas

La presentación clínica depende de la gravedad del proceso inflamatorio y la asociación a complicaciones. Es común el dolor abdominal a nivel del cuadrante inferior izquierdo por afectación del colon sigmoide, la presencia de dolor en el cuadrante inferior derecho o suprapúbico debe hacer sospechar de diverticulitis colónica de lado derecho (poco frecuente) o inflamación circundante de colon sigmoide. Frecuentemente asociado a estreñimiento y fiebre, en menor porcentaje incluso a polaquiuria, urgencia urinaria o disuria por irritación vesical debida a la inflamación del colon sigmoide. La inestabilidad hemodinámica, hipotensión y shock están asociadas a peritonitis y perforación (45).

2.3.7.2. Diagnóstico

El diagnóstico debe sospecharse en un paciente con dolor en hemiabdomen inferior y sensibilidad a la palpación de abdomen, es necesario realizar exámenes laboratoriales e imagenológicos (45).

Hallazgos de laboratorio: Pueden presentar proteína C reactiva elevada (>50mg/dl) y leucocitosis leve, no obstante, el recuento de glóbulos blanco es normal hasta en un 45% de pacientes. En el examen completo de orina

puede mostrar piuria estéril por la inflamación adyacente, de encontrar flora colónica se debe sospechar de una fístula colovesical (45).

Examen imagenológico: Se suele preferir la tomografía computarizada en donde encontraremos engrosamiento localizado de la pared intestinal (> 4mm), presencia de divertículos o aumento de la densidad del tejido blando en la grasa pericolónica. En la ecografía abdominal también podemos encontrar signos sugerentes de diverticulitis aguda como, por ejemplo, reacción inflamatoria peridiverticular hipoeoica, junto al engrosamiento localizado de la pared intestinal, presencia de divertículos y formación de abscesos peridiverticulares y murales con o sin burbujas de gas. En la radiografía abdominal se evidenciarán niveles hidroaéreos junto a la dilatación del intestino grueso o delgado producto de una obstrucción o íleo, así como densidad de tejidos blandos debido a abscesos; es posible encontrar neumoperitoneo en una radiografía de tórax en bipedestación (45).

2.3.7.3. Complicaciones

Las complicaciones pueden dividirse entre agudas y crónicas, estas se presentan en aproximadamente un 12% de las diverticulitis. Entre ellas tenemos (45):

Complicaciones Agudas:

- Obstrucción: Se presenta debido al estrechamiento del lumen intestinal producto de la compresión de un absceso diverticular o la inflamación pericolónica; es posible que cause una obstrucción del intestino delgado si un asa de este se incorpora a una masa inflamatoria o por irritación localizada. La

sintomatología se presenta según el sitio de la obstrucción, suele cursar con náuseas, vómitos, estreñimiento, dolor o distensión abdominal.

- Absceso: La sintomatología es similar a la de la diverticulitis aguda, por lo que debe de sospecharse en pacientes con diverticulitis no complicada que a pesar de tratamiento antibiótico la fiebre persiste o el dolor abdominal no mejora. Se presenta en un 17% de pacientes hospitalizados con diverticulitis aguda.
- Perforación: Ruptura de un divertículo inflamado, puede generar peritonitis generalizada como resultado de la ruptura de un absceso diverticular en la cavidad peritoneal o la ruptura libre de un divertículo inflamado con contaminación fecal. Se presenta con rigidez, defensa difusa, ruidos intestinales ausentes y dolor al rebote.
- Fístula: La inflamación propia de la diverticulitis puede provocar la formación de una fístula entre alguna víscera adyacente y el colon; la más común es la fístula colovesical que suele presentarse con neumaturia, disuria o fecaluria.

Complicación Crónica:

Diverticulitis latente con inflamación diverticular crónica persistente que cursa con dolor abdominal crónico.

2.3.7.4. Tratamiento

La diverticulitis aguda no complicada puede tratarse de forma conservadora en la mayor parte de pacientes, ya sea de manera ambulatoria

u hospitalaria. Sin embargo, la diverticulitis complicada requiere tratamiento de la inflamación como de la complicación específica por medio de cirugía (19,46).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

3.1. A nivel local:

Hasta el momento no se cuenta con antecedentes locales que relacionen la práctica de automedicación y la complicación de patologías quirúrgicas; sin embargo, se cuenta con estudios relacionados a automedicación y sus determinantes; así como, estudios sobre el retraso y complicación de apendicitis aguda, en donde la práctica de automedicación es también una variable de estudio.

Autor: Peralta, V., Huanca, F.

Título: “Factores determinantes relacionados a la automedicación en pacientes COVID-19, atendidos en el centro de salud Mariano Melgar. Arequipa, 2020-2021”

Estudio realizado en un Centro de Salud, que tuvo como objetivo identificar aquellos factores determinantes de automedicación en pacientes COVID 19. Para ello se reclutó a 216 pacientes COVID 19 positivo, a quienes se les aplicó una encuesta sobre los episodios de COVID 19 que tuvieron entre el año 2020 y 2021, se analizaron los datos con la prueba Chi cuadrado para la obtención de la relación entre variables y el índice de Phi de Cramer para hallar la correlación. Se evidencio una alta prevalencia de automedicación (83.3%), en cuanto a los factores sociodemográficos: género mayormente femenino con un 45.4%, ocupación mayormente independiente con un 39.4% y grado de instrucción de nivel básico en un 50%, presentaron correlación con la conducta de automedicación. Entre los

factores de las características de la enfermedad, el 57.9% de pacientes presentaron comorbilidades, principalmente el sobrepeso (34.3%) y obesidad (20.4%), se evidenció una correlación entre la comorbilidad y automedicación (phi Cramer 0.179). Además, se evidenció la preferencia de los pacientes por las plantas medicinales (28.7%), a la que le sigue paracetamol (26.9%), ivermectina (19%), dióxido de cloro (10.1%), y antibióticos como azitromicina (9.2%). En donde, la práctica de automedicación se realizó por decisión propia más frecuentemente (78.8%) (10).

Autor: Rivera, C.

Título: “Factores asociados a retraso en el diagnóstico en apendicitis aguda en pacientes del servicio de Cirugía General del Hospital III Goyeneche enero a diciembre 2017”

El objetivo de esta investigación fue identificar a aquellos factores relacionados con el retardo en el diagnóstico de apendicitis aguda; para ello se estudió a un total de 243 paciente, 79 controles (tiempo de evolución de la enfermedad ≤ 12 horas) y 164 casos (tiempo de evolución de la enfermedad >12 horas), además de variables dependientes (presencia o ausencia de retardo en el diagnóstico de apendicitis aguda) e independientes (edad, sexo, uso de analgesia, antibióticos, tópico de ingreso, cuadro clínico, presencia o ausencia de complicaciones y días de estadía hospitalaria). Usando SPSS 22, se obtuvo que el promedio del tiempo de espera preoperatorio fue de 8.49 ± 3.90 horas; mientras que, el retardo en el diagnóstico de apendicitis aguda complicada estuvo asociado al uso de fármacos analgésicos y a pacientes pertenecientes al sexo masculino ($p < 0,05$). De este modo, se llegó a la conclusión que el retardo en el diagnóstico de apendicitis aguda se asocia significativamente a la práctica de automedicación mediante el uso de fármacos

analgésicos principalmente, lo que parece acrecentar el tiempo en que el paciente decide acudir por atención médica; así mismo, el pertenecer al sexo masculino representa un factor de riesgo por no acudir por atención médica de manera oportuna (20).

Autor: Manchego, J.

Título: “Prevalencia y evaluación de la automedicación en pacientes de consulta externa de un Hospital de Arequipa 2018”

Estudio realizado con la finalidad de medir la prevalencia de la conducta de automedicación, así como, identificar el tipo de medicamento, lugar de adquisición, dosis, duración, eficacia percibida, motivación y evaluar la adecuación de esta en pacientes que acudieron por consulta externa de un hospital público de la ciudad de Arequipa. Con este fin, se aplicó una encuesta a un total de 499 pacientes que acudieron a consulta externa de diferentes especialidades. Donde se obtuvo los siguientes resultados: prevalencia de automedicación en una proporción de 0,517; Más frecuente en varones mayores de 50 años, grado de instrucción secundaria, y ocupación en oficios artesanales o casa; Los medicamentos empleados con el fin de disminuir sintomatología perteneciente a síndromes o síntomas digestivos, respiratorios, hemorragias vaginales o dolor; Principalmente fueron empleados antimicrobianos, analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos, los cuales fueron recomendados y adquiridos en farmacias, entregados por farmacias o residuales de tratamientos anteriores; Percepción sobre la eficacia satisfactoria; Los medicamentos empleados no fueron adecuados según síndrome o sintomatología en su mayoría, excepto en pediatría; Dosis y tiempo de medicamentos no fueron adecuados (11).

Autor: Laime, L.

Título: “Factores asociados a perforación apendicular en pacientes de 15-65 años de edad con apendicitis aguda en el servicio de Cirugía del Hospital III Goyeneche, 2015.”

Estudio que se realizó el año 2015o en un hospital público con el fin de identificar los factores de riesgo relacionados con la perforación del apéndice en pacientes diagnosticados con apendicitis aguda. La investigación se llevó a cabo en un total de 198 pacientes, divididos en dos grupos: 131 casos con apendicitis aguda complicada y 67 controles con apendicitis aguda no complicada. Se utilizaron diferentes pruebas estadísticas como Mann Whitney, Prueba de chi cuadrado y logística multivariada para calcular odds ratios e intervalos de confianza del 95%. Los resultados mostraron una relación significativa entre la edad, el tiempo de enfermedad, el lugar de ingreso, la automedicación y el tiempo preoperatorio ($p < 0,05$). De estos, el análisis multivariado demostró que sólo la automedicación, el tiempo de enfermedad y el lugar de ingreso estaban estadísticamente asociados con la perforación apendicular. Por lo tanto, se concluyó que estos tres factores son determinantes en el riesgo de perforación del apéndice en pacientes con apendicitis aguda (21).

3.2. A nivel nacional:

Autor: Meza, D.

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

Estudio realizado en un hospital público de Lima, con el propósito de determinar si el tiempo de enfermedad y la automedicación son factores de riesgo para el desarrollo de apendicitis aguda complicada. Se recolectaron datos de 132 pacientes

diagnosticados con apendicitis aguda, los cuales fueron trasladados a Excel y analizados en el programa SPSS 25. Los resultados demostraron que los pacientes con más de 72 horas de tiempo de enfermedad tenían 2,82 (IC 95% 1,12-7,06) veces más riesgo de desarrollar apendicitis aguda complicada. Por otro lado, los pacientes que optaron por la automedicación presentaron 2,91 (IC 95% 1,25-6,79) veces más riesgo de desarrollar apendicitis aguda complicada. El 26,9% de los pacientes que se automedicaron estaban en el rango de edad de 20 a 29 años. La mayoría de los pacientes eran de sexo masculino (82,1%), y se observó una preferencia por los antiespasmódicos, seguidos de los antibióticos y antiinflamatorios. De esta manera, se determinó que tanto el tiempo de enfermedad como la automedicación son factores de riesgo que predisponen el desarrollo de apendicitis aguda complicada (22).

Autor: Terrones, E.

Título: “Automedicación como factor asociado al retardo en la atención médica de pacientes con apendicitis aguda” Trujillo, 2017

Un estudio se realizó en un hospital público entre enero y diciembre de 2016 para determinar si la automedicación se relaciona con la demora en la atención médica de pacientes con apendicitis aguda. Se evaluaron las historias clínicas de 364 pacientes, distribuidos en dos grupos: grupo I con 238 pacientes que se automedicaron y grupo II con 126 pacientes que no lo hicieron. Se encontró que el 65,38% de los pacientes con apendicitis aguda que fueron sometidos a cirugía se automedicaron. Las variables socio-demográficas mostraron que el grupo I tenía un 46,64% de pacientes masculinos, mientras que el grupo II tenía un 59,52% ($p < 0,05$). Además, la edad promedio del grupo I fue de $31,68 \pm 10,70$ años y para el grupo II fue de $39,17 \pm 16,59$ ($p > 0,05$). Sumado a ello, el tiempo de enfermedad

para el grupo I fue $48,29 \pm 46,82$ horas, mientras que, 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]. Además, se halló que los medicamentos utilizados en la automedicación fueron los antiespasmódicos en un 60%, antiinflamatorios en un 28% y antibióticos en un 12%. En cuanto al desarrollo de complicaciones, la presencia de apendicitis aguda complicada en el intraoperatorio en el grupo I y II fueron 47,06% y 34,92% respectivamente ($p < 0,05$); mientras que 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 ($p < 0,05$). De esta manera, se concluyó que los pacientes diagnosticados con apendicitis aguda que tardaron más de 24 horas en llegar, después del inicio de la enfermedad, tienen casi dos veces más probabilidad de haberse automedicado (23).

3.3. A nivel internacional:

Autor: Vayas, L.; Risco, M.

Título: “Prevalencia de automedicación previa a la atención médica en pacientes diagnosticados de apendicitis aguda en el Hospital Doctor Gustavo Domínguez Zambrano, Santo Domingo de los Tsáchilas, en el período de marzo a junio del 2016”

Se llevó a cabo un estudio entre marzo y junio de 2018 en un hospital público de Ecuador para identificar la prevalencia y los factores asociados a la automedicación en pacientes con apendicitis aguda. El estudio incluyó a 104 pacientes, con una edad media de 27 años y un rango de edad de 6 a 85 años. El 53,8% eran hombres y el

45,2% mujeres. La prevalencia de automedicación fue del 51,9%, con una proporción del 15,4% en mujeres y del 36,5% en hombres ($p = 0,00$), $OR = 0,237$ e $IC = 0,104-0,538$. El 85,6% de los pacientes recibieron atención médica previa al acudir al hospital, y el 53,8% presentó apendicitis aguda complicada ($p = 0,031$), $OR = 3,394$ e $IC = 1,068-10,088$. Los centros de atención primaria en salud fueron los lugares con mayor cantidad de diagnósticos acertados, con 38 diagnósticos de apendicitis de 55 pacientes atendidos ($p = 0,004$), (V de Cramer = 0,724). La regresión logística binaria se realizó entre el tiempo de evolución de enfermedad y la presencia de complicaciones, es así como se obtuvo un 52% de probabilidad de presentar apendicitis aguda complicada en pacientes que tienen un tiempo de enfermedad superior a 48 horas. De esta manera, se concluyó que la prevalencia de automedicación es alta y debe ser evitada (24).

Autor: Chávez, D.

Título: “Diagnóstico clínico-epidemiológico de la apendicitis aguda, Hospital General IESS Latacunga 2018”

Se realizó un estudio en un hospital público de la ciudad de Riobamba, Ecuador, durante los meses de mayo a diciembre del 2018, cuyo objetivo fue determinar las características clínicas epidemiológicas que influyen en el desarrollo de apendicitis aguda complicada. Para ello, se evaluaron 187 pacientes que fueron apendicectomizados, utilizando un diseño de tipo transversal y el sistema IESS-AS400 para la elaboración de tablas y recolección de datos. Para el análisis de los datos se utilizó el programa de Microsoft Excel. Se encontró que el 50.80% de los pacientes eran mujeres y el 49.19% hombres. El 8.02% de los pacientes se automedicaron y el 91.97% no lo hizo. Se observó que el 3.2% de los pacientes tuvieron un error en el diagnóstico en la primera consulta, mientras que el 86.79%

fueron diagnosticados de manera oportuna. En cuanto al diagnóstico definitivo, el 52.94% correspondía a apendicitis grado 2, el 33.15% correspondía a apendicitis grado 3 y el 13.90% correspondía a apendicitis grado 4. De esta manera, se concluyó que la prevalencia de complicaciones en apendicitis aguda no se encuentra influenciada por el error diagnóstico en la consulta primaria, ni por la automedicación (47).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

Evaluar la relación entre la automedicación, los factores predisponentes y las complicaciones de patologías quirúrgicas en pacientes hospitalizados en el área de cirugía del Hospital III Goyeneche.

4.2. Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en el área de Cirugía.
- Identificar las características de la enfermedad en complicaciones de patologías quirúrgicas en pacientes hospitalizados en el área de Cirugía.
- Identificar las características de la automedicación en pacientes hospitalizados en el área de Cirugía.
- Determinar la relación entre las características sociodemográficas y la automedicación.
- Determinar la relación entre las características de las complicaciones de patologías quirúrgicas y la automedicación.

5. HIPÓTESIS:

1. La automedicación se relaciona con la complicación de patologías quirúrgicas en pacientes hospitalizados en el área de Cirugía del Hospital III Goyeneche, marzo 2023.
2. La automedicación se relaciona con características sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el área de Cirugía del Hospital III Goyeneche, marzo 2023.





CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnica:

La investigación utilizó la técnica de la encuesta, para la medición de la automedicación y los factores sociodemográficos en los pacientes hospitalizados en el área de cirugía del Hospital Goyeneche en el periodo de marzo del 2023.

La técnica de observación documental fue utilizada para la medición de las complicaciones de las patologías quirúrgicas a partir de la información de las historias clínicas del paciente hospitalizado en el área de cirugía.

1.2. Instrumentos:

Cuestionario de características de la automedicación y datos sociodemográficos (Anexo 1), y la ficha de recolección de datos acerca de características de la enfermedad y factores determinantes (Anexo 2)

1.3. Materiales de verificación

Se utilizarán bienes y útiles de escritorio para la preparación y aplicación de los instrumentos de investigación.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

El estudio será realizado y difundido en el área de hospitalización de cirugía del Hospital Goyeneche.

2.2. Ubicación temporal

El estudio se desarrollará en el periodo de marzo del año 2023.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Universo: 137 Pacientes hospitalizados atendidos en el área de cirugía. Hospital Goyeneche durante marzo del 2023.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que se automedicaron en los 3 últimos meses

- Pacientes atendidos en el área de cirugía hospitalización
- Pacientes mayores de edad
- Pacientes que acepten participan en el estudio
- Pacientes con buena salud mental

Criterio de exclusión:

- Pacientes en estado de shock
- Pacientes menores de edad
- Pacientes con dificultades de comunicación
- Pacientes quechua hablantes
- Pacientes aimara hablantes

2.3.2. Tamaño de la muestra: 61

2.3.3. Procedimiento de muestreo: Se utilizará el muestreo probabilístico, las unidades de estudio se seleccionarán de manera aleatoria.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

- a) Solicitar autorización a la Dirección ejecutiva del Hospital III Goyeneche para recabar información acerca de los atendidos por mes en el área de Cirugía del Hospital Regional de Moquegua.
- b) Solicitar autorización a la Dirección Ejecutiva del Hospital III Goyeneche para desarrollar el proyecto de investigación
- c) Coordinar con el Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital III Goyeneche para realizar la prueba piloto en pacientes hospitalizados, posteriormente recoger

información acerca de automedicación, factores asociados y las complicaciones quirúrgicas en pacientes hospitalizados.

- d) La encuesta de Automedicación de pacientes quirúrgicos será sometida a validación por juicio de expertos, mediante tres profesionales de la Salud con experiencia en la atención y manejo de pacientes quirúrgicos en el área de Cirugía, un metodólogo experto en investigación en salud, un profesional Químico Farmacéutico, con experiencia en la atención sanitaria.
- e) Prueba piloto en una muestra de pacientes hospitalizados en un hospital con características similares a la población en estudio, con la finalidad de establecer la fiabilidad del instrumento mediante el estadístico Alfa de Crombach.
- f) Aplicación de cuestionario de encuestas acerca de automedicación en pacientes hospitalizados y revisión documental de las historias clínicas.

3.1.1. Recursos

3.1.1.1. Humanos

- Investigadora: Nathaly Milagros García Llanos.
- Asesor: Dr. Edgar Custodio Gaspar Montanez Carazas
- Pacientes atendidos en el área de cirugía que respondan la encuesta voluntariamente.

3.1.1.2. Materiales

Concepto	Unidad de medida	Cantidad	Costo Unitario	Costo total
<i>1. Bienes</i>				
▪ Papel bond x 80 gr.	Millar	3	30	90
▪ Lápicos y otros	caja	3	10	30
▪ Libros especialidad	Unidad	10	45	450
▪ Disco duro externo	Unidad	1	280	280
<i>2. Servicios</i>				
▪ Internet/zoom	Mes	3	80	240
▪ Fotocopias	Página	110	0.10	110
▪ Típeo y corrección estilo	Página	400	0.50	200

▪ Anillado	Unidad	5	5	20
▪ Impresión final	Unidad	5	20	100
3. Transporte local				300
4. Derechos de grado				1500
5. Otros				500
Total (soles)				3,820.00

3.1.1.3. Financieros

El trabajo de investigación será completamente autofinanciado por la investigadora principal.

3.2. Validación del instrumento:

Se ha trabajado con un grupo de expertos compuesto por médico especialista en cirugía, químico farmacéutico y metodólogo especialista en estadística e investigación en salud, quienes mediante juicio de expertos evaluarán la consistencia externa o validez de contenido del cuestionario de encuesta.

Para medir la consistencia interna del instrumento de investigación se desarrollará una prueba piloto en 20 pacientes hospitalizados en un hospital público nivel III, similar a la población en estudio, se usará el coeficiente de alfa de Crombach para establecer la fiabilidad del instrumento.

3.3. Criterios o estrategia para el manejo de resultados

3.3.1. Plan de procesamiento de datos

Con los datos obtenidos en el cuestionario de automedicación y factores determinantes, así como los datos contenidos en las fichas de recolección de complicaciones de patologías quirúrgicas, se codificarán todas las respuestas obtenidas y se construirá una base de datos en Excel.

Dicha información será transportada al SPSS en una matriz de datos.

Se hará la revisión de la matriz de datos en SPSS, para verificar la consistencia de los datos.

3.3.2. Plan de análisis de los datos

Los datos analizados en la matriz de datos serán sometidos a revisión mediante una prueba de normalidad para establecer la distribución de los datos.

Se realizará el análisis estadístico descriptivo de los datos cuyos resultados serán presentados en tablas simples mediante la distribución de frecuencias.

La estadística inferencial será utilizada para las pruebas de hipótesis, los datos serán sometidos a los estadísticos de prueba como; Chi cuadrado, R de spearman para establecer la significancia de los mismos y se presentarán en tablas de contingencia o de doble entrada.

4. Cronograma de trabajo:

Actividades y/o tareas	2022							2023								
	Noviembre			Diciembre				Febrero					Marzo			
Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<i>Elaboración de proyecto</i>																
Revisión bibliográfica																
Selección bibliográfica																
<i>Trabajo en campo</i>																
<i>Toma de datos</i>																
Programación software estadístico																
Análisis estadístico datos																
<i>Redacción informe final</i>																
<i>Revisión</i>																
<i>Sustentación</i>																



CAPÍTULO III

RESULTADOS

**TABLA N° 1 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y COMPLICACIONES
QUIRÚRGICAS**

Complicaciones	Automedicación				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	32	52,5%	9	14,8%	41	67,2%
No	16	26,2%	4	6,6%	20	32,8%
Total	48	78,7%	13	21,3%	61	100,0%

Rho de spearman = 0,110 **P= 0,004**

En la tabla 1, se muestran los resultados de la relación entre la automedicación y las complicaciones quirúrgicas, así en el 78,7% con automedicación, el mayor valor lo obtuvieron los pacientes con complicaciones con 52,5%; sin embargo, el 26,2% a pesar de la automedicación no tuvieron complicaciones quirúrgicas. Los pacientes que no se automedicaron representan el 21,3% de ellos solo el 14,8% tuvieron complicaciones quirúrgicas.

Con el estadístico de prueba Rho de Spearman = 0,110 y p valor= 0,004 < a 0,05 existe significancia estadística entre la automedicación y las complicaciones quirúrgicas en pacientes hospitalizados.

TABLA N° 2 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y COMORBILIDADES

Comorbilidades	Automedicación				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	38	62,3%	11	18,0%	49	80,3%
No	10	16,4%	2	3,3%	12	19,7%
Total	48	78,7%	13	21,3%	61	100,0%

Rho de spearman = 0,056 **P= 0,667**

En la tabla 2 se observan los valores de la relación entre la automedicación y las comorbilidades que presentan los pacientes, el 78,7% presenta conducta de automedicación, el 62,3% con comorbilidades y un valor disminuido de 16% no presento comorbilidades. Respecto al grupo sin conducta de automedicación con el 21,3%, solo el 18% presento comorbilidades.

Con el estadístico de prueba de Rho de Spearman = 0,056 y un $p= 0,667 > a 0,05$ no existe significancia estadística entre la automedicación y las comorbilidades de los pacientes hospitalizados.

**TABLA N° 3 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y TIEMPO DE
ENFERMEDAD**

Tiempo de enfermedad	Automedicación				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
< a 24 horas	6	9,8%	3	4,9%	9	14,8%
24 a 48 horas	19	31,1%	2	3,3%	21	34,4%
48 a 72 horas	6	9,8%	1	1,6%	7	11,5%
> a 72 horas	17	27,9%	7	11,5%	24	39,3%
Total	48	78,7%	13	21,3%	61	100,0%

Rho de spearman = 0,078

P= 0,549

En la tabla 3, se observan los valores de la relación entre automedicación y el tiempo de enfermedad, así el grupo de pacientes con conducta de automedicación presentaron un tiempo de enfermedad de 24 a 48 horas con 31%, el grupo con tiempo de enfermedad mayor a 72 horas corresponde al 27%, seguido del grupo con tiempo de enfermedad de 48 a 72 horas con el 9,8%. Los pacientes que no presentaron conducta de automedicación tuvieron mayoritariamente un tiempo de enfermedad mayor a 72 horas.

Con el estadístico de prueba de Rho de Spearman = 0,078 y un p valor = 0,549 >a 0,05 no existe significancia estadística entre la automedicación y el tiempo de enfermedad.

**TABLA N° 4 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y DIAGNÓSTICO
PRESUNTIVO**

Diagnostico Presuntivo	Automedicación				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Apendicitis aguda	25	41,0%	6	9,8%	31	50,8%
Colecistitis aguda	21	34,4%	7	11,5%	28	45,9%
Diverticulitis colónica	2	3,3%	0	0,0%	2	3,3%
Total	48	78,7%	13	21,3%	61	100,0%
Rho de spearman = 0,030					P=0,820	

En la tabla 4 se observan los valores correspondientes a la relación entre la automedicación y el diagnostico presuntivo de los pacientes quirúrgicos hospitalizados. En el grupo de pacientes con conducta de automedicación se encontró que la mayoría tiene apendicitis aguda con el 41%, luego los valores de la colecistitis aguda con 34,4% y finalmente la diverticulitis colónica con el 3,3%

Respecto a los pacientes del grupo sin conducta de automedicación, ellos presentaron colecistitis aguda en el 11,5% y Apendicitis aguda en el 9,8%.

Con el estadístico de prueba de Rho de Spearman = 0,030 y $p = 0,82 > a 0,05$ entonces no existe significancia entre la automedicación y el diagnostico presuntivo de los pacientes quirúrgicos hospitalizados.

**TABLA N° 5 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y ESTANCIA
HOSPITALARIA**

Estancia hospitalaria	Automedicación				Total	
	Sí		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
0-3 días	12	19,7%	2	3,3%	14	23,0%
4-7 días	14	23,0%	4	6,6%	18	29,5%
8 -14 días	17	27,9%	6	9,8%	23	37,7%
15- 30 días	5	8,2%	1	1,6%	6	9,8%
Total	48	78,7%	13	21,3%	61	100,0%

Rho de spearman = 1,000

P= 0,549

En la tabla 5 se muestran los valores de la relación entre la automedicación y la estancia hospitalaria de los pacientes del servicio de cirugía, así el grupo de pacientes con automedicación tuvieron en su mayoría una estancia hospitalaria de 8 a 14 días con 27,9%, seguido de 4 a 7 días con 23% y 0 a 3 días con 19,7%, los porcentajes minoritarios fueron para pacientes con 0 a 3 días de estancia. En el grupo de pacientes sin conducta de automedicación con el 21% la estancia hospitalaria mayoritaria fue para el tiempo de 8 a 14 días.

Con el estadístico de prueba Rho de Spearman = 1,000 y el $p= 0,549 > 0,05$ no existe significancia estadística entre la automedicación y la estancia hospitalaria.

**TABLA N° 6 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y TIEMPO DE
ENFERMEDAD EN APENDICITIS AGUDA**

	Tiempo de enfermedad	Automedicación				Total	
		Si		No		N°	%
		N°	%	N°	%		
Con apendicitis	< a 24 horas	2	6,1%	3	9,1%	5	15,2%
	24 a 48 horas	9	27,3%	0	0,0%	9	27,3%
	> 48 horas	15	45,5%	4	12,1%	19	57,6%
	Total	26	78,8	7	21,2	33	100,00
Sin apendicitis	< a 24 horas	2	7,1%	1	3,6%	3	10,7%
	24 a 48 horas	7	25,0%	3	10,7%	10	35,7%
	> 48 horas	13	46,4%	2	7,1%	15	53,6%
	Total	22	78,6	6	21,4	28	100,0%

Chi = 6,924

p= 0,031

En la tabla 6, se muestran las frecuencias de la automedicación y el tiempo de enfermedad en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda.

Los pacientes con apendicitis aguda fueron 33 de ellos el 78,8% presentaron conducta de automedicación con tiempo de enfermedad menor a 24 horas un 6,1%, entre 24 y 48 horas un 27,3% y un número considerable con tiempo de enfermedad mayor a 48 horas con el 45,5%.

Los pacientes que no presentaron conducta de automedicación representaron un 21,2%. Sin embargo, los pacientes sin apendicitis y con automedicación mostraron resultados similares a pacientes con apendicitis y automedicación.

Con Chi cuadrado 6,924 y p valor de 0,031 < 0,05 existe relación entre la automedicación y el tiempo de enfermedad en pacientes con apendicitis aguda.

TABLA N° 7 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y TIEMPO DE ENFERMEDAD EN COLECISTITIS AGUDA

	Tiempo de enfermedad	Automedicación				Total	
		Si		No		N°	%
		N°	%	N°	%		
Con Colecistitis	< 7 días	11	42,3%	4	15,4%	15	57,7%
	> 7 días	10	38,5%	1	3,8%	11	42,3%
	Total	21	80,8	5	19,2	26	100,00
Sin colecistitis	< 7 días	27	71,1%	8	22,9%	35	100,0%
	Total	27	71,1%	8	22,9%	35	100,0%

Chi = 1,262

p= 0,261

En la tabla 7, observamos las distribuciones de frecuencias entre la automedicación y el tiempo de enfermedad en la colecistitis aguda.

Los pacientes con colecistitis y con automedicación tuvieron un tiempo de enfermedad menor a 7 días en el 42,3% y superior a 7 días con 38,5%; comparativamente similar a los pacientes sin colecistitis y con automedicación, los resultados muestran que el 71,1% hizo un tiempo de enfermedad menor a los 7 días.

Con el Chi cuadrado de Pearson 1,262 y un P valor = 0,261 > 0,05 entonces no existe relación entre la automedicación y el tiempo de enfermedad en pacientes con colecistitis aguda.

TABLA N° 8 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y TIEMPO DE ENFERMEDAD EN DIVERTICULITIS AGUDA COLÓNICA

	Tiempo de enfermedad	Automedicación				Total	
		Si		No			
		N°	%	N°	%	N°	%
Con Diverticulitis	> 24 horas	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
	Total	1	50	1	50	2	100,00
Sin Diverticulitis	< 24 horas	3	5,1%	4	6,8%	7	11,9%
	> 24 horas	44	74,6%	8	13,6%	52	88,1%
	Total	47	79,66	12	20,3	59	100,0%

Chi = 6,640 **p= 0,010**

En la tabla 8 se observan la distribución de frecuencias entre la automedicación y el tiempo de enfermedad en pacientes con diverticulitis colónica.

Los pacientes con diverticulitis colónica que se automedicaron tuvieron un tiempo de enfermedad mayor a 24 horas con 50% comparativamente similar a pacientes sin automedicación con 50%.

Los pacientes sin diverticulitis mostraron un porcentaje de 79,66%, valores diferentes a los pacientes sin diverticulitis y que no se automedicaron que representan el 20,3%.

Con la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson = 6,640 y un P = 0,010 < 0,05, entonces existe relación entre la automedicación y el tiempo de enfermedad en pacientes con diverticulitis colónica.

**TABLA N° 9 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y ESTANCIA
HOSPITALARIA EN APENDICITIS AGUDA**

	Tiempo de enfermedad	Automedicación				Total	
		Si		No			
		N°	%	N°	%	N°	%
Con Apendicitis	< 2 días	2	6,1%	0	0,0%	2	6,1%
	> 2 días	24	73,0%	7	21,0%	31	94,0%
	Total	26	79,1%	7	21,0%	33	100%
Sin Apendicitis	> 2 días	22	79,0%	6	21,0%	28	100,0%
	Total	22	79,0%	6	21,0%	28	100,0%
	Chi = 0,560		p= 0,454				

En la tabla 9, se muestran los valores de las distribuciones de la relación entre la automedicación y la estancia hospitalaria en pacientes con apendicitis aguda

Los pacientes con apendicitis y automedicación presentaron un tiempo de enfermedad superior a dos días con 73%, el tiempo de enfermedad menor a 2 días solo alcanzó el 6,1%.

Los pacientes sin apendicitis y con automedicación alcanzaron valores similares a pacientes con automedicación y apendicitis 79%.

Con a prueba de Chi cuadrado = 0,560 y P= 0,454 > 0,05, no existe relación entre la estancia hospitalaria y la automedicación en pacientes con apendicitis.

**TABLA N° 10 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y ESTANCIA
HOSPITALARIA EN COLECISTITIS AGUDA**

	Tiempo de enfermedad	Automedicación				Total	
		Si		No			
		N°	%	N°	%	N°	%
Con Colecistitis	< 3 días	4	15,3	1	3,8	5	19,2
	> 3 días	17	65,38	4	15,3	21	80,8
	Total	21	80,76	5	19,23	26	100,00
Sin Colecistitis	< 3 días	8	22,9%	2	5,7%	10	28,6%
	> 3 días	19	54,3%	6	17,1%	25	71,4%
	Total	27	77,1%	8	22,9%	35	100,0%

Chi = 0,020

p= 0,886

En la tabla 10, se observan los valores de la relación entre la automedicación y la estancia hospitalaria en pacientes con colecistitis aguda.

Los pacientes con colecistitis y con conducta de automedicación presentaron estancia hospitalaria mayor a 3 días en el 65,38% y solo el 15,3% presentó valores menores a 3 días de estancia hospitalaria.

Los pacientes sin colecistitis y con automedicación presentaron valores similares a pacientes con colecistitis y automedicados 77,1%.

Con la prueba chi cuadrado = 0,020 y un p valor = 0,886 > 0,05 entonces no existe relación entre ambas variables.

**TABLA N° 11 RELACIÓN ENTRE AUTOMEDICACIÓN Y ESTANCIA
HOSPITALARIA EN DIVERTICULITIS AGUDA COLÓNICA**

	Tiempo de enfermedad	Automedicación				Total	
		Si		No		N°	%
		N°	%	N°	%		
Con Diverticulitis	< 9 días	0	0	1	50	1	50
	> 9 días	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
	Total	1	50	1	50	2	100,00
Sin Diverticulitis	< 9 días	35	59,3%	8	13,6%	43	72,9%
	> 9 días	12	20,3%	4	6,8%	16	27,1%
	Total	47	79,7	12	20,3	59	100,0%

Chi = 0,069 **p= 0,793**

En la tabla 11, se observan los valores de la relación entre la automedicación y la estancia hospitalaria en pacientes con diverticulitis aguda colónica.

El tiempo de enfermedad de pacientes con diverticulitis colónica y automedicados presentaron valores de 50% significativamente menores que los pacientes sin diverticulitis y automedicados 79.7%.

Con la prueba de Chi cuadrado = 0,069 y un p valor = 0,793 > 0,05 entonces no existe relación entre la automedicación y la estancia hospitalaria en pacientes con diverticulitis colónica.

**TABLA N° 12 RELACIÓN ENTRE LA AUTOMEDICACIÓN Y EL GÉNERO DE
LOS PACIENTES**

Género	Automedicación				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	29	47,5%	7	11,5%	36	59,0%
Masculino	19	31,1%	6	9,8%	25	41,0%
Total					100,0	
	48	78,7%	13	21,3%	61	%

Rho de spearman = 0,550

P= 0,675

En la tabla 12 se muestran los valores de la relación entre la conducta de automedicación y género de los pacientes. En el grupo de pacientes con automedicación el 47,5% son de sexo femenino, mientras que el 31% corresponden al sexo masculino. Por otro lado, en el grupo de pacientes que no se automedicaron el 11,5% corresponden al grupo femenino mientras que el 9,8% lo constituyen el género masculino.

Con el estadístico de prueba de hipótesis, Rho de Spearman = 0,550 y el $P= 0,675 > a$ 0,5 no existe relación estadísticamente significativa entre la automedicación y el género en pacientes quirúrgicos.

**TABLA N° 13 RELACIÓN ENTRE LA AUTOMEDICACIÓN Y EDAD DE LOS
PACIENTES**

Edad	Automedicación				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
< 19 años	5	8,2%	2	3,3%	7	11,5%
20 a 40 años	16	26,2%	5	8,2%	21	34,4%
41 a 60 años	21	34,4%	2	3,3%	23	37,7%
61 a 80 años	4	6,6%	1	1,6%	5	8,2%
> 81 años	2	3,3%	3	4,9%	5	8,2%
Total	48	78,7%	13	21,3%	61	100,0%

Rho de spearman = 0,14

P= 0,913

En la tabla 13 se observan los valores de la relación entre la automedicación y edad de los pacientes, en el grupo de pacientes con conducta de automedicación el 34,4 % tiene edades entre 41 y 60 años, seguido de pacientes con edades entre 20 a 40 años con el 26,2%, el grupo minoritario lo constituye los mayores de 81 años con 3,3%. Por otro lado, el grupo de pacientes que no se automedicaron corresponden mayoritariamente a edades entre 20 a 40 años con el 8,2%, y el menor valor lo constituyen aquellos cuyas edades están entre 61 a 80 años con el 1,6%.

Con el estadístico de prueba Rho de Spearman = 0,14 y un p valor = 0,91 > 0,5 entonces no existe significancia estadística entre la conducta de automedicación y la edad de los pacientes quirúrgicos.

**TABLA N° 14 RELACIÓN ENTRE LA AUTOMEDICACIÓN Y PROCEDENCIA
DE LOS PACIENTES**

Procedencia	Automedicación				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Urbana	21	34,4%	5	8,2%	26	42,6%
Rural	11	18,0%	2	3,3%	13	21,3%
Urbana marginal	16	26,2%	6	9,8%	22	36,1%
Total	48	78,7%	13	21,3%	61	100,0%
Rho de spearman = 0,082					P= 0,675	

En la tabla 14 se observan los valores de la relación entre la conducta de automedicación y la procedencia de los pacientes según ámbito geográfico. Los pacientes que se automedicaron preferentemente provienen del ámbito urbano con el 34,4%, seguido del ámbito urbano marginal con el 26,2% y minoritariamente del ámbito rural con el 18%.

Respecto al grupo de pacientes que no se automedicaron, el 9,8% provienen del ámbito urbano marginal, el 8,2% del ámbito urbano y solo el 3,3% del ámbito rural.

Con la prueba de Hipótesis Rho de Spearman = 0,082 y un $p = 0,675 > 0,05$ entonces no existe significancia estadística entre la conducta de automedicación y la procedencia de los pacientes quirúrgicos.

**TABLA N° 15 RELACIÓN ENTRE LA AUTOMEDICACIÓN Y NIVEL
EDUCATIVO DE LOS PACIENTES**

Nivel Educativo	Automedicación				Total	
	Sí		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Analfabeto	5	9,8%	1	3,3%	6	13,1%
Primaria	13	24,6%	4	3,3%	17	27,9%
Secundaria	19	36,1%	4	9,8%	23	45,9%
Superior	11	3,3%	4	9,8%	15	3,3%
Total	48	78,7%	13	21,3%	61	100,0%

Rho de spearman = 0,039 P= 0,763

En la tabla 15 se observan los valores de la relación entre la conducta de automedicación y el nivel educativo de los pacientes. En el grupo de pacientes con conducta de automedicación mayoritariamente tienen nivel educativo secundario con el 36,1% seguido del nivel primario con el 24,6%, llama la atención encontrar valores del 9,8% de pacientes analfabetos. En el grupo de pacientes que no se automedicaron mayoritariamente tienen nivel educativo secundario con el 9,8%

Con el estadístico de prueba Rho de spearman = 0,039 y $p = 0,763 > 0,05$ entonces no existe significancia estadística entre la conducta de automedicación y el nivel educativo de los pacientes quirúrgicos.

**TABLA N° 16 RELACIÓN ENTRE LA AUTOMEDICACIÓN Y OCUPACIÓN DE
LOS PACIENTES**

Ocupación	Automedicación				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Estudiante	6	9,8%	2	3,3%	8	13,1%
Ama de casa	15	24,6%	2	3,3%	17	27,9%
Trabajador independiente	22	36,1%	6	9,8%	28	45,9%
Trabajador dependiente	2	3,3%	0	0,0%	2	3,3%
Otros	3	4,9%	3	4,9%	6	9,8%
Total	48	78,7%	13	21,3%	61	100,0%
Rho de spearman = 0,138					P= 0,328	

En la tabla 16 se observan los valores de la relación entre la conducta de automedicación y la ocupación de los pacientes quirúrgicos. En el grupo de pacientes con conducta de automedicación mayoritariamente corresponden a trabajadores independientes con un 36,1% seguido de amas de casa con el 24,6% y estudiantes con el 9,8%, los trabajadores dependientes constituyen el grupo minoritario con el 3,3%. Respecto a los pacientes que no se automedicaron mayoritariamente corresponden al trabajadores independientes con el 9,8% seguido de otras ocupaciones con el 4,9%, el grupo minoritario lo constituyen los estudiantes y amas de casa con 3,3%.

Con el estadístico de prueba Rho de Spearman = 0,138 y $P = 0,328 > 0,05$ no existe significancia estadística entre la Automedicación y la ocupación de los pacientes quirúrgicos.

TABLA N° 17 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES

Sexo	N°	%
Femenino	36	59,0
Masculino	25	41,0
Total	60	100,0
Edad	N°	%
< 19 años	7	11,5
20 a 40 años	21	34,4
41 a 60 años	23	37,7
61 a 80 años	5	8,2
> 81 años	5	8,2
Total	61	100,0
Procedencia	N°	%
Urbana	26	42,6
Rural	13	21,3
Urbano marginal	22	36,1
Total	61	100,0
Grado de instrucción	N°	%
Sin instrucción	6	9,8
Primaria	17	27,9
Secundaria	23	37,7
Superior	15	24,6
Total	61	100,0
Ocupación	N°	%
Estudiante	8	13,1
Ama de casa	17	27,9
Trabajador independiente	28	45,9
Trabajador dependiente	2	3,3
Otros	6	9,8
Total	61	100,0

En la tabla 17 se observan los valores de los factores sociodemográficos de los pacientes estudiados. Con respecto al sexo se encontró un predominio en pacientes pertenecientes al sexo femenino con un 59%, mientras que un 41% corresponde a pacientes del sexo masculino. En cuanto al grupo etario, el grupo con predominante corresponde a pacientes entre 41 y 60 años con un 37,7%, mientras que el grupo de pacientes mayores de 81 y el grupo entre 61 y 80 años son los grupos con menor porcentaje de pacientes, ambos con un 8,2%. Se encontró además que la mayoría de los pacientes proceden del área urbana con un 42,6% y el menor número de pacientes procede del área rural con un 21,3 %. Con respecto a nivel educativo, los pacientes mayoritariamente tienen un nivel educativo secundario con un 37,7%, mientras que el grupo más pequeño lo conforman los pacientes sin algún grado de instrucción con un 9,8%. La mayor parte de pacientes pertenecen a la categoría de trabajadores independientes con un 45,9%, por otro lado, la menor parte de ellos pertenece a la categoría de trabajadores dependientes con un 3,3%.

**TABLA N° 18 CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOMEDICACIÓN EN
PACIENTES**

Automedicación	N°	%
Si	48	78,7
No	13	21,3
Total	61	100,0
Automedicación con antiinflamatorios	N°	%
Si	3	4,9
No	45	73,8
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100,0
Automedicación con antibióticos	N°	%
Si	2	4,9
No	46	73,8
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100,0
Automedicación con Analgésicos	N°	%
Si	23	37,7
No	25	41,0
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100,0
Automedicación con Antiespasmódicos	N°	%
Si	13	21,3
No	35	57,4
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100,0
Automedicación con Infusiones naturales	N°	%
Si	19	31,1
No	29	47,5
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100,0

En la tabla 18 se muestran los valores obtenidos con respecto a las características de automedicación de los pacientes estudiados, donde se encontró que el 78,7% de pacientes se automedicaron, de los cuales un 37,7% se automedicaron con analgésicos, 31,1% con infusiones naturales, 21,3% con antiespasmódicos y un 4,9% tanto con antiinflamatorios, como con antibióticos.



**TABLA N° 19 CONOCIMIENTOS ACERCA DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES**

Conoce tipos de medicamentos	N°	%
Si	2	3,3
No	46	75,4
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100,0
Conoce los efectos secundarios	N°	%
Si	3	4,9
No	45	73,8
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100
Conoce el almacenamiento correcto del medicamento	N°	%
Si	19	31,1
No	29	47,5
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100,0
Conoce la dosis del medicamento	N°	%
Si	3	4,9
No	45	73,8
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100,0
Conoce el riesgo de automedicarse	N°	%
si	58	95,1
No	3	4,9
Total	61	100,0

En la tabla 19 se muestran los valores con respecto al conocimiento que los pacientes tienen de los medicamentos que consumieron. Se encontró que un 75,4% de los pacientes que se automedicaron (78,7%) no conocen el tipo de medicamento que emplearon, un 73,8% no conoce los efectos secundarios de los medicamentos que consumieron, un 73,8% no conoce la dosis del medicamento empleado y un 45,5% no conoce la forma correcta de almacenamiento. Sin embargo, un 95,1% de los pacientes estudiados sí conoce el riesgo de automedicarse.

TABLA N° 20 RAZONES DE LA CONDUCTA DE AUTOMEDICACIÓN EN PACIENTES

Falta de tiempo	N°	%
Si	21	34,4
No	27	44,3
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100,0
Inaccesibilidad al centro de salud	N°	%
Si	13	21,3
No	35	57,4
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100,0
Dificultad con medios de transporte	N°	%
Si	7	11,5
No	41	67,2
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100,0
Inaccesibilidad a cita médica	N°	%
Si	6	9,8
No	42	68,9
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100
Recursos económicos insuficientes	N°	%
Si	10	16,4
No	38	62,3
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100
Inadecuada calidad de atención en Centro de salud	N°	%
Si	16	26,2
No	32	52,5
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100,0
Cuenta con receta médica antigua	N°	%
Si	12	19,7
No	36	59
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100,0

En la tabla 20 se observan los valores con respecto a las razones que predisponen a los pacientes a la conducta de automedicación. Se encontró que un 34,4% de los pacientes que se automedicaron (78,7%) refieren no tener disponibilidad de tiempo para acudir a consulta médica, un 23,3% refiere tener dificultad para acceder a una posta o centro de salud, un 11,5% refiere tener difícil acceso a transporte, solo un 9,8% refiere no haber podido obtener cita médica, mientras que un 16,4% refiere tener recursos económicos insuficientes para obtener consulta médica, un 26,2% considera que la posta o centro de salud tiene una inadecuada calidad de atención, mientras que un 19,7% de pacientes prefieren hacer uso de una receta médica anterior.

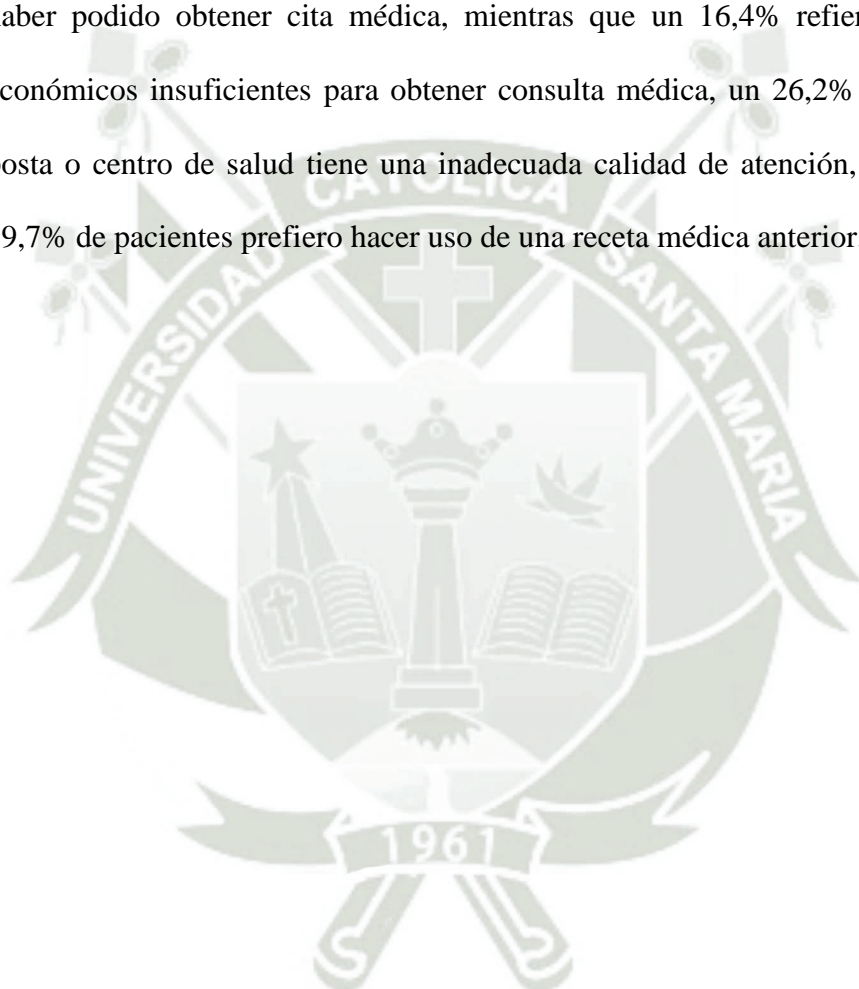


TABLA N° 21 DECISIÓN DE AUTOMEDICACIÓN EN PACIENTES

Por Cuenta propia	N°	%
Si	35	57,4
No	26	42,6
Total	61	100
Por recomendación de vendedores	N°	%
Si	24	39,3
No	37	60,7
Total	61	100
Por consejo de familiares	N°	%
Si	10	16,4
No	51	83,6
Total	61	100
Por Consejo de amistades	N°	%
Si	4	6,6
No	57	93,4
Total	61	100
Indicación de otros profesionales salud	N°	%
Si	2	3,3
No	59	96,7
Total	61	100
Medios de comunicación y redes sociales	N°	%
Si	2	3,3
No	59	96,7
Total	61	100

En la tabla 21 se observan los valores con respecto a la decisión de automedicación, donde se encontró que el 57,4% de los pacientes que se automedicaron decidieron hacerlo por cuenta propia, a su vez un 39,3% lo hizo por recomendación de vendedores de boticas o farmacias, un 16,4% lo hizo siguiendo la recomendación de familiares, mientras que, un 3,3% lo hizo siguiendo la indicación de profesionales de la salud diferente a un médico y un 3,3% lo hizo siguiendo la recomendación de medios de comunicación y/o redes sociales.

TABLA N° 22 PERCEPCIÓN DEL EFECTO DE LA AUTOMEDICACIÓN

Ítem	N°	%
Los síntomas mejoraron	21	34,4
Los síntomas empeoraron	9	14,8
No hubo diferencias	18	29,5
Sin automedicación	13	21,3
Total	61	100

En la tabla 22 se observan los valores de percepción sobre el efecto de automedicación. Se encontró que para un 34,4% de los pacientes que se automedicaron (78,7%) los síntomas mejoraron, para un 29,5% no hubo diferencia a pesar de automedicarse, mientras que para un 14,8% los síntomas empeoraron.

**TABLA N° 23 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS
HOSPITALIZADOS**

Comorbilidades	N°	%
Si	48	78,7
No	13	21,3
Total	61	100,0
Tipo comorbilidades	N°	%
HTA	2	3,3
Obesidad	17	27,9
Hipertiroidismo	1	1,6
Neoplasia	1	1,6
Sobrepeso	23	37,7
Ninguna	17	27,9
Total	61	100
Tiempo de enfermedad	N°	%
< a 24 horas	9	14,8
24 a 48 horas	21	34,4
48 a 72 horas	7	11,5
> a 72 horas	24	39,3
Total	61	100,0
Diagnostico presuntivo	N°	%
Apendicitis aguda	31	50,8
Colecistitis aguda	28	45,9
Diverticulitis colónica	2	3,3
Total	61	100
Estancia hospitalaria	N°	%
0-3 días	14	23
4 - 7 días	18	29,5
8 a 14 días	23	37,7
15 a 30 días	6	9,8
Total	61	100
Evolución	N°	%
Alta médica	60	98,4
Traslado a otro servicio	1	1,6
Total	61	100,0

En la tabla 23 se observan los valores de las características de pacientes quirúrgicos hospitalizados estudiados. Se encontró que un 78,7% de pacientes presentaban comorbilidades, donde un 37,7% presentaban sobrepeso, un 27,9% obesidad, mientras que un 3,3% presentaban hipertensión arterial; neoplasia e hipertiroidismo en un mismo porcentaje de 1,6%. Por otro lado, un 27,9% de los pacientes estudiados no presentaba alguna comorbilidad.



**TABLA N° 24 COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON
APENDICITIS**

Tipo de complicaciones	N°	%
Necrosis	1	3.03
Plastrón apendicular, Absceso, Peritonitis generalizada	1	3.03
Gangrena, Peritonitis generalizada, Hemoperitoneo	1	3.03
Gangrena, Peritonitis generalizada	1	3.03
Gangrena, Peritonitis localizada, absceso	1	3.03
Perforación apendicular, Absceso de pared abdominal	1	3.03
Perforación apendicular, peritonitis generalizada	1	3.03
Perforación apendicular, peritonitis generalizada, sepsis	1	3.03
Perforación apendicular, necrosis apendicular, peritonitis generalizada	1	3.03
Peritonitis generalizada, Fascitis necrotizante, absceso de pared abdominal	1	3.03
Plastrón apendicular, absceso, necrosis apendicular, perforación	1	3.03
Gangrena	2	6.06
Plastrón apendicular	2	6.06
Gangrena, Perforación apendicular, Peritonitis localizada	12	36.36
Ninguna	6	18.18
TOTAL	33	100.00

En la tabla 24 se muestran los valores pertenecientes a las complicaciones quirúrgicas en pacientes con apendicitis aguda, donde se encontró que la complicación más frecuente fue la asociación de gangrena, perforación apendicular y peritonitis localizada con un 36.36%, seguida de gangrena sin ninguna otra complicación asociada con un 6,06%, que comparte el valor porcentual con plastrón apendicular sin otra complicación asociada.

**TABLA N° 25 COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON
COLECISTITIS**

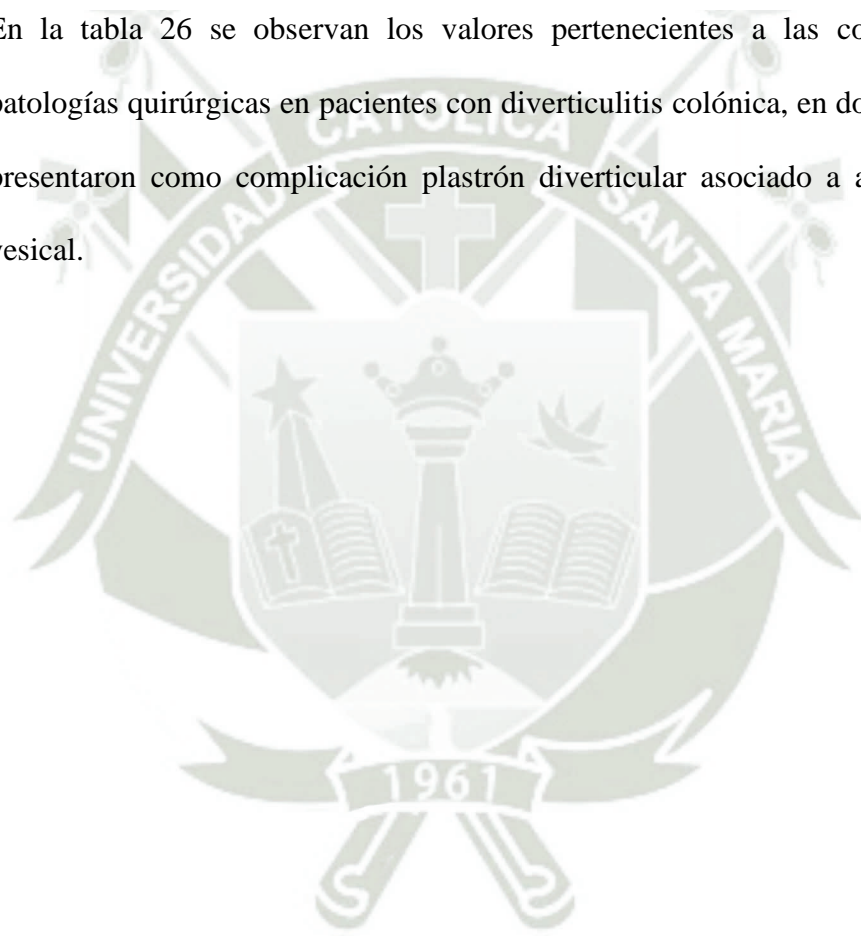
Tipo de complicaciones	N°	%
Colangitis aguda	1	3.85
Coledocolitiasis	1	3.85
Pancreatitis aguda	1	3.85
Plastrón vesicular, Necrosis	1	3.85
Plastrón vesicular, Coledocolitiasis, Sd. De Mirizzi	1	3.85
Plastrón vesicular, Hidropiocolécisto, Sd. Adherencial	1	3.85
Perforación vesicular, Hidropiocolécisto, Sd. Adherencial	1	3.85
Hidrocolecisto, Sd. Adherencial	4	15.38
Piocolécisto, Sd. Adherencial	2	7.69
Ninguno	6	23.08
Sd. Adherencial	7	26.92
TOTAL	26	100.00

En la tabla 25 se muestran los valores pertenecientes a las complicaciones de patologías quirúrgicas en pacientes con colecistitis aguda. Se encontró que la complicación más frecuente fue el síndrome adherencial con un 26,92%, seguido por el síndrome adherencial asociado con hidrocolecisto con un 15,38% y síndrome adherencial asociado a piocolécisto con un 7,69%.

**TABLA N° 26 COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON
DIVERTICULITIS AGUDA COLÓNICA**

Tipo de complicaciones	N°	%
Absceso de pared vesical, plastrón diverticular	2	100.00
TOTAL	2	100.00

En la tabla 26 se observan los valores pertenecientes a las complicaciones de patologías quirúrgicas en pacientes con diverticulitis colónica, en donde ambos casos presentaron como complicación plastrón diverticular asociado a absceso de pared vesical.



DISCUSIÓN

Uno de los factores más importantes para el desarrollo de complicaciones es el retraso en el diagnóstico, asociado a una serie de constituyentes, entre los que destaca la conducta de automedicación, que según lo expuesto por diversos autores tanto nacionales como internacionales, existe una asociación significativa entre ambos. Por lo que, podríamos expresar que existe una relación indirecta entre el desarrollo de complicaciones en patologías quirúrgicas y la conducta de automedicación (20,23,24).

Y es que actualmente existe escasa documentación que relacione directamente automedicación con la complicación de patologías quirúrgicas, entre ellas el estudio realizado en la ciudad de Arequipa por Laime, L. (21) en 2015 determinó que existe asociación estadísticamente significativa entre perforación apendicular y automedicación ($p < 0,05$). De la misma manera lo estableció Meza, D. (22) en 2019 en su estudio realizado en la ciudad de Lima, quién concluyó que los pacientes quienes se automedicaron presentaron 2,91 veces más riesgo de desarrollar apendicitis aguda complicada con un IC 95% 1,25-6,79. Estos datos coinciden los resultados obtenidos en el presente estudio y mostrados en la Tabla n°1, según el estadístico de prueba Rho de Spearman = 0,110 y p valor = 0,004 < a 0,05, se determinó que existe significancia estadística entre automedicación y la complicación de patologías quirúrgicas.

Chávez, D. (47) difiere a lo expuesto según su estudio realizado en Ecuador el año 2018, que concluye que el desarrollo de complicaciones en apendicitis aguda no se encuentra influenciada por la conducta de automedicación. Esto podría explicarse por baja frecuencia de automedicación en los pacientes estudiados, siendo de tan solo un 8,02%, hecho que el mismo autor comenta puede atribuirse a que el dato de automedicación suele ser subjetivo al momento de realizar la historia clínica, ya que los pacientes preferirían no revelar este dato. Así mismo, podría añadir que, basándome en la experiencia personal al recolectar los datos para esta investigación, muchos pacientes no consideran automedicación consumir cierto tipo de fármacos sin receta médica, principalmente los analgésicos, ya que los consideran de “uso común”; por lo que se tuvo que ser más específicos al momento de recolectar este dato. Además, si bien el objetivo del estudio realizado

por Chávez, D. (47) no era evaluar de manera directa la frecuencia de automedicación, la forma de obtención de datos a través de la base de datos del hospital de estudio sin una entrevista al paciente complicaría el obtener de manera objetiva el dato de automedicación, puesto que al momento de hacerse la historia clínica muchas veces se omite este paso, dando prioridad a datos como la clínica y tiempo de enfermedad.

En cuanto a los factores sociodemográficos y la conducta de automedicación, la evidencia actual en su mayoría señala que existe una asociación significativa entre automedicación y el sexo masculino (22–24). A lo que difieren Peralta, V. y Huanca, F. (10) en su estudio realizado entre el año 2020 y 2021, donde la asociación la encontraron con el sexo femenino. En el presente estudio, como se expone en la Tabla n°12, se encontró que el sexo femenino obtuvo la mayor frecuencia de automedicación con un 47,5%; sin embargo, no se halló una asociación estadística significativa.

En lo que respecta a la edad, según Manchego, J. (11) la edad de pacientes que más frecuentemente se automedicaron es mayor a los 50 años. Similar a la hallada en el presente estudio, en la mayor frecuencia la obtuvieron los pacientes entre 41 y 60 años con un 34,4% según lo expuesto en la Tabla n°13. En ninguno de los dos casos se halló asociación estadística significativa.

Peralta, V. y Huanca, F. (10) en cambio, encuentran asociación de automedicación tanto con el grado de instrucción de nivel básico (50%), como con ser trabajador independiente como ocupación (39,9%). Estos datos son similares a los obtenidos en este estudio, teniendo los pacientes más frecuentemente automedicados un grado de instrucción básico con un 60,7% (Tabla n°15) y como ocupación, un trabajador independiente con un 36,1% (Tabla n°16); sin embargo, en este estudio no se evidenció significancia estadística.

El hecho de que no exista relación entre los factores sociodemográficos y la conducta de automedicación en el presente estudio podría explicarse por el tamaño de muestra obtenido, por lo que sugiero ampliar el tiempo de investigación, de manera que se pueda comprobar o no esta hipótesis.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Respecto a la automedicación y las complicaciones quirúrgicas en pacientes hospitalizados se encontró significancia estadística (Rho de Spearman = 0,110 y p valor= 0,004 < a 0,05).

La automedicación y el tiempo de enfermedad en apendicitis y diverticulitis colónica mostró significancia estadística $P < 0,05$; sin embargo, no existe relación en colecistitis. Además, la automedicación y la estancia hospitalaria no mostraron significancia estadística en pacientes con patologías quirúrgicas.

SEGUNDA:

Respecto a la automedicación y su relación con los factores sociodemográficos, se encontró que no existe significancia estadística con el género, la edad, procedencia, nivel educativo y ocupación de los pacientes quirúrgicos hospitalizados.

TERCERA:

La conducta de automedicación se presentó en el 87,5% de los pacientes hospitalizados, con medicamentos como; antiinflamatorios 4,9%, antibióticos 4,9%, analgésicos 37,7%, antiespasmódicos 21,3% e infusiones naturales 31,1%. Respecto a los conocimientos acerca de los medicamentos, los pacientes refirieron conocer el tipo de medicamento en un 3,3%, los efectos secundarios en un 4,9%, el almacenamiento en un 31,1% y la dosis del medicamento en un 4,9%. Un 95,1% percibe como riesgosa la conducta de automedicación.

CUARTA:

Las razones de la automedicación fueron; 34% por falta de tiempo, 21,3% por inaccesibilidad al centro de salud, 11% por dificultad para el traslado, 9,8% por

inaccesibilidad para la cita médica, 16,4% por carencia de recursos económicos, 26,2% por inadecuada calidad de atención y el 9,7% contaba con receta médica de atención anterior.

La decisión de automedicarse fue; 57% por cuenta propia, 39,3% por recomendación de expendedores de farmacias y boticas, 16% por consejo de familiares, 6% por consejo de amistades, 3,3% por indicación de profesionales de la salud no médicos y el 3,3% por influencia de los medios de comunicación y redes sociales. El 34,4% manifestó que los síntomas de la enfermedad mejoraron con la automedicación.

QUINTA:

Respecto a las características de los pacientes con complicaciones quirúrgicas fueron; el 78% tienen comorbilidades como obesidad un 27,9% e hipertensión arterial un 3,3%. El tiempo de enfermedad fue mayor a 72 horas en el 39%, y presentaron sintomatología compatible con apendicitis aguda el 50,8%, colecistitis aguda el 45,9% y diverticulitis colónica el 3,3% con una estancia hospitalaria de 8 a 14 días en el 37,7% y con evolución favorable en el 98,4%.

Las complicaciones quirúrgicas se presentaron en el 67,7%. En Apendicitis aguda, fueron; gangrena, perforación apendicular y peritonitis localizada en el 36%; Gangrena y plastrón apendicular con un 6%. Colecistitis aguda presentó síndrome adherencial en el 26%, hidrocolecisto con síndrome adherencial en el 15% y piocolecisto con síndrome adherencial en el 7%. Diverticulitis colónica mostró como complicación el absceso de pared vesical con plastrón diverticular en el 100%.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

A la DIGEMID de la GERESA Arequipa a fin de establecer políticas locales de información, educación y comunicación acerca de los riesgos y peligros de la automedicación dirigido a la población usuaria de los establecimientos de salud.

SEGUNDA:

Al departamento de Farmacia del Hospital Goyeneche a fin de determinar acciones educativas dirigidas a los pacientes, sus familiares y usuarios del servicio de salud para concientizar y educar acerca del uso indiscriminado de medicamentos y sus efectos en la salud.

TERCERA:

A la unidad de calidad del Hospital III Goyeneche a fin de realizar las auditorias periódicas de las historias clínicas y mejorar el llenado de los datos respecto al tratamiento, la evolución del paciente y los registros operatorios, para obtener datos fiables en futuras investigaciones.

CUARTA:

A la Facultad de Medicina, con la finalidad de implementar la línea de investigación acerca de los efectos de la automedicación en pacientes quirúrgicos, así como determinar las conductas de automedicación por estratos poblacionales según condiciones socioeconómicas.

QUINTA:

A los estudiantes de Medicina humana a fin de proseguir con las investigaciones acerca de automedicación y los efectos en el pronóstico de diversas patologías, la influencia de los medios de comunicación y las redes sociales en la decisión de la automedicación.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York; 1946.
2. World Health Organization. Self-care interventions for health [Internet]. 2022 [citado el 25 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). El rol de los farmacéuticos en el auto-cuidado y la automedicación. Ginebra; 1998.
4. Dahir C, Hernandorena C, Chagas L, Mackern K, Varela V, Alonso I. La automedicación: un determinante en el uso racional de medicamentos. Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria [Internet]. el 1 de julio de 2015 [citado el 22 de febrero de 2023];18(2). Disponible en: <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/6328>
5. Shaamekhi HR, Jafarabadi MA, Alizadeh M. Demographic determinants of self-medication in the population covered by health centers in Tabriz. Health Promot Perspect [Internet]. 2019 [citado el 25 de febrero de 2023];9(3):181. Disponible en: [/pmc/articles/PMC6717925/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32837218/)
6. Arrais PSD, Fernandes MEP, Pizzol T da SD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, et al. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. Rev Saude Publica [Internet]. 2016 [citado el 25 de febrero de 2023];50(suppl 2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27982373/>
7. Onchonga D, Omwoyo J, Nyamamba D. Assessing the prevalence of self-medication among healthcare workers before and during the 2019 SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemic in Kenya. Saudi Pharm J [Internet]. el 1 de octubre de 2020 [citado el 25 de febrero de 2023];28(10):1149–54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32837218/>
8. PERÚ NEC. Coronavirus Perú | Hay cerca de 8.000 farmacias públicas desabastecidas de medicamentos genéricos para tratar COVID-19 | nndc | ECONOMIA | EL COMERCIO PERÚ. el 20 de mayo de 2020 [citado el 25 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://elcomercio.pe/economia/peru/coronavirus-peru-hay-cerca-de-8000-farmacias-publicas-desabastecidas-de-medicamentos-genericos-para-tratar-covid-19-nndc-noticia/>
9. RPP NOTICIAS. Coronavirus Perú: Compra de medicamentos es seis veces mayor ahora que en los últimos meses del 2021 | RPP Noticias. el 20 de enero de 2022 [citado el 25 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://rpp.pe/economia/economia/tercera-ola-compra-de-medicamentos-es-seis-veces-mayor-que-en-los-ultimos-meses-del-2021-noticia-1381529>
10. Peralta V, Huanca F. Factores Determinantes Relacionados A La Automedicación En Pacientes Covid 19, Atendidos En El Centro De Salud Mariano Melgar. Arequipa, 2020 - 2021. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2021.
11. Manchego J. Prevalencia Y Evaluación De La Automedicación En Pacientes De Consulta Externa De Un Hospital De Arequipa 2018. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín; 2019.
12. Gavilanes EOG, Herrera GMG. Automedicación o Autoprescripción ¿Dónde está la problemática? Revista Medicina e Investigación Clínica Guayaquil [Internet]. el 15 de mayo de 2022 [citado el 22 de febrero de 2023];3(4):9–11. Disponible en: <https://revistaclinicaguayaquil.org/index.php/revclinicaguaya/article/view/86>

13. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. Cirujano general [Internet]. 2017 [citado el 27 de febrero de 2023];39(4):203–8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext_plus&pid=S1405-00992017000400203&lng=es&tlng=es&nrm=iso
14. Vásquez M. Abdomen agudo quirúrgico. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma [Internet]. 1999 [citado el 4 de marzo de 2023];1(1):29–33. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rfmh_urp/v01_n1/a08.htm
15. Para T, El O, De TP, Cirujano M, Argomedo C, Stefany K. Factores asociados a complicaciones post operatorias de abdomen agudo quirúrgico en pacientes adultos mayores en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018– 2019. Universidad Nacional Federico Villarreal [Internet]. 2020 [citado el 27 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4277>
16. Gamero M, Barreda J, Hinostroza G. Apendicitis aguda: incidencia y factores asociados. Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima, Perú 2009 | Horizonte Médico (Lima). Horiz Med (Barcelona) [Internet]. el 30 de junio de 2011 [citado el 3 de marzo de 2023];11(1):5–47. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/115>
17. MD Martín R. Apendicitis aguda en adultos: Manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial - UpToDate [Internet]. 2023 [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1
18. MD Zakko S, MD Afdhal N. Colecistitis calculosa aguda: características clínicas y diagnóstico - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2022 [citado el 3 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~86&usage_type=default&display_rank=1
19. MD Pemberton J. Acute colonic diverticulitis: Surgical management - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2022 [citado el 3 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-colonic-diverticulitis-surgical-management?search=diverticulitis&source=search_result&selectedTitle=4~129&usage_type=default&display_rank=4
20. Rivera C. Factores Asociados A Retraso En El Diagnóstico En Apendicitis Aguda En Pacientes Del Servicio De Cirugía General Del Hospital Iii Goyeneche Enero A Diciembre 2017. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2018.
21. Laime L. Factores Asociados A Perforacion Apendicular En Pacientes De 15-65 Años De Edad Con Apendicitis Aguda En El Servicio De Cirugia Del Hospital Iii Goyeneche, 2015. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín; 2016.
22. Meza D. Tiempo De Enfermedad Y Automedicación Como Factores De Riesgo Para Apendicitis Aguda Complicada En El Hospital De Emergencias José Casimiro Ulloa, 2019. [Lima]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2020.
23. Terrones E. Automedicación Como Factor Asociado Al Retardo En La Atención Médica De Pacientes Con Apendicitis Aguda. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.

24. Vayas L, Risco M. Prevalencia De Automedicación Previa A La Atención Médica En Pacientes Diagnosticados De Apendicitis Aguda En El Hospital Doctor Gustavo Domínguez Zambrano, Santo Domingo De Los Tsáchilas, En El Período De Marzo A Junio Del 2016. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016.
25. Tobón Marulanda FÁ, Montoya Pavas S, Orrego Rodriguez MÁ. Automedicación familiar, un problema de salud pública. Educación Médica [Internet]. el 1 de octubre de 2018 [citado el 2 de marzo de 2023];19:122–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-automedicacion-familiar-un-problema-salud-S1575181317300505>
26. Aveiga Hidalgo MV, Alonzo Pico OM, Villarreal Ger MC. Complicaciones asociadas a la automedicación y sus efectos adversos en los adultos jóvenes que acuden al centro de salud Huaca. Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores [Internet]. el 1 de julio de 2021; Disponible en: <https://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/articulo/view/2813>
27. González J. Automedicación: Revisión Bibliográfica. Valladolid, España; 2016.
28. Lifshitz A, Arrieta O, Burgos R, Campillo C, Celis M, Llata M de la, et al. Self-medication and self-prescription. Gac Med Mex [Internet]. 2020 [citado el 22 de febrero de 2023];156(6):600–2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33877115/>
29. Oviedo Córdoba H, Cortina Navarro C, Osorio Coronel JA, Romero Torres SM, Oviedo Córdoba H, Cortina Navarro C, et al. Realidades de la práctica de la automedicación en estudiantes de la Universidad del Magdalena. Enfermería Global [Internet]. 2021 [citado el 23 de febrero de 2023];20(62):531–56. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Calderón CA, Soler F, Pérez-Acosta AM. El Observatorio del Comportamiento de Automedicación de la Universidad del Rosario y su rol en la pandemia de COVID-19. Rev cienc salud (Bogotá) [Internet]. 2020 [citado el 23 de febrero de 2023];1–8. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/9254/8211>
31. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Crece el mapa de motivaciones para automedicarse - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2021 [citado el 23 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/4-3-2021-crece-mapa-motivaciones-para-automedicarse>
32. Pari-Olarte JB, Cuba-García PA, Almeida-Galindo JS, Aliaga-Guillén NE, Solano-García CG, Chacaltana-Ramos LJ, et al. Factores asociados con la automedicación no responsable en el Perú. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. el 31 de marzo de 2021 [citado el 1 de marzo de 2023];14(1):29–34. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Farmacéutico Q, Traumatólogo M, Hermoza-Moquillaza R, Loza-Munariz C, Rodríguez-Hurtado D, Arellano-Sacramento C, et al. Automedicación en un distrito de Lima Metropolitana, Perú. Revista Medica Herediana [Internet]. 2016 [citado el 2 de marzo de 2023];27(1):15–21. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

34. MINSA. Ley N.º 26842 Ley General de Salud [Internet]. 1997. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>
35. MINSA, DIGEMID. Política Nacional de Medicamentos [Internet]. 2005. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/105_POLNACMED.pdf
36. Fernández MAC, Comesaña ED, Rodríguez FJG, Freire MNB, González PP, Martínez LL, et al. Abdomen agudo quirúrgico. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. el 1 de mayo de 2020;13(10):523–40.
37. Massaferrero G, Costa J. Apendicitis Aguda Y Sus Complicaciones. *Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina Universidad de la República*. 2018;
38. Baracco Luna VP. Tiempo de enfermedad y estado de evolución en apendicitis aguda en niños. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]*. 1999 [citado el 24 de abril de 2023]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/8612>
39. Dubón M del C, Ortiz A. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. *SCIELO [Internet]*. julio de 2014 [citado el 24 de abril de 2023];57(4). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000400051
40. Alarcon N. Asociación entre Escala de Alvarado y diagnóstico de apendicitis aguda complicada y no complicada según anatomía patológica en el Centro Médico Naval | *Horizonte Médico (Lima)*. *Horiz Med (Barcelona) [Internet]*. el 10 de marzo de 2015 [citado el 2 de marzo de 2023];12(2):12–7. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/99>
41. Hernández J. Escala de mayor precisión para el diagnóstico de apendicitis aguda: análisis comparativo entre la escala de Alvarado, RIPASA y nueva propuesta. *SCIELO [Internet]*. noviembre de 2019 [citado el 24 de abril de 2023];41(3). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000300144
42. Herrera J, Arrechea R, Mihura M, Bregante M, Medina J, Pirchi D. Impact of the COVID-19 pandemic and restrictive measures on acute appendicitis: Do not let your guard down. *J Minim Access Surg [Internet]*. el 1 de octubre de 2022 [citado el 24 de abril de 2023];18(4):539–44. Disponible en: https://journals.lww.com/jmas/Fulltext/2022/18040/Impact_of_the_COVID_19_pandemic_and_restrictive.8.aspx
43. MD Smink D, MD Soybel D. Management of acute appendicitis in adults - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2023 [citado el 3 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20complicada&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
44. MD Vollmer C, MD Zakko S, MD Afdhal N. Tratamiento de la colecistitis calculosa aguda - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2022 [citado el 3 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~86&usage_type=default&display_rank=2
45. MD Pemberton J, MD Peery A. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de diverticulitis colónica aguda en adultos - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2023 [citado el 3 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-colonic-diverticulitis-in->

adults?search=diverticulitis&source=search_result&selectedTitle=2~129&usage_type=default&display_rank=2

46. MD Pemberton J. Acute colonic diverticulitis: Medical management - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2022 [citado el 3 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-colonic-diverticulitis-medical-management?search=diverticulitis&source=search_result&selectedTitle=1~129&usage_type=default&display_rank=1
47. Chávez D. Diagnóstico Clínico- Epidemiológico De La Apendicitis Aguda, Hospital General Iess Latacunga 2018. [Riobamba, Ecuador]: Escuela Superior Politecnica de Chimborazo; 2019.



ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

RELACION ENTRE AUTOMEDICACION, SUS FACTORES DETERMINANTES Y LA COMPLICACIÓN DE PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN AREA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, MARZO 2023

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

Determinar relación entre la conducta de automedicación, sus factores determinantes y la complicación de patologías quirúrgicas en pacientes hospitalizados en el área de cirugía del Hospital III Goyeneche. Arequipa, 2023.

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Las respuestas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Serán guardadas en una base de datos a la cual solo tendrán acceso los investigadores. Si usted acepta ser parte del estudio, está consintiendo el investigador pueda leer su historia clínica hasta ser dado de alta.

DECLARACIÓN: Yo autorizo de manera voluntaria mi participación en la presente investigación. He sido informado y entiendo el propósito del estudio, los procedimientos, el carácter confidencial y voluntario del estudio.

- Sí, acepto

.....

Firma del paciente

Investigadora principal

Apellidos y nombres: García Llanos Nathaly Milagros

Celular: 952862002

Email: naminggk.12@gmail.com

Arequipa, Marzo del 2023.

ANEXO 2: ENCUESTA

ENCUESTA DE AUTOMEDICACIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Edad en años: _____
2. Género:
 - a. Femenino
 - b. Masculino
3. Procedencia:
 - a. Urbana
 - b. Rural
 - c. Urbano Marginal
4. Distrito de procedencia:
 - a. Cercado Arequipa
 - b. Miraflores
 - c. Yanahuara
 - d. Paucarpata
 - e. Cerro Colorado
 - f. Sachaca
 - g. Hunter
 - h. Socabaya
 - i. Characato
 - j. Yura
 - k. Cayma
 - l. Uchumayo
 - m. Tiabaya
 - n. Mollebaya
 - o. Pocsi
 - p. Otros: _____
5. Grado de Instrucción:
 - a. Analfabeto
 - b. Primaria incompleta
 - c. Primaria completa
 - d. Secundaria incompleta
 - e. Secundaria completa
 - f. Técnico superior
 - g. Superior universitario
6. Ocupación:
 - a. Estudiante
 - b. Ama de casa
 - c. Trabajador independiente
 - d. Trabajador dependiente
 - e. Otros: _____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOMEDICACION

1. ¿Tomó alguna medicina antes de acudir al hospital?
 - a. Sí
 - b. No
2. Señale el número de días en que tomó dicha medicación:
 - a. 0 – 3 días
 - b. 4 – 7 días
 - c. 8 – 14 días
 - d. 15 – 30 días
3. ¿Qué tipo o tipos de medicamentos usó?
 - a. Antiinflamatorios
 - b. Antibióticos
 - c. Analgésicos
 - d. Antiespasmódicos
 - e. Infusiones
 - f. Cápsulas con sustancias naturales
 - g. Inhibidor de bomba de protones
 - h. No sabe
4. Respecto a los Medicamentos que se auto administró

ITEM	SI	NO
a. ¿Conoce algún efecto secundario de la medicación?		
b. ¿Conoce la forma correcta de almacenamiento del medicamento?		
c. ¿Conoce cuál es la dosis del medicamento?		

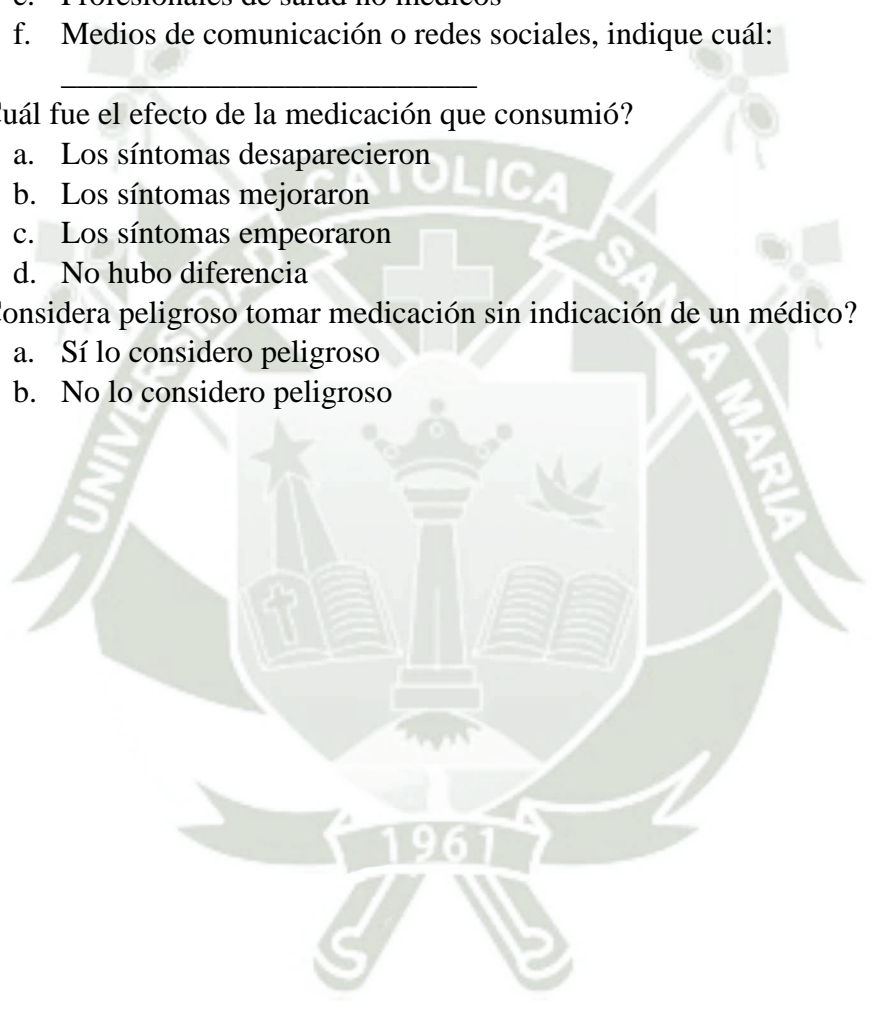
5. Indique la razón o razones por las que tomó dichos medicamentos antes de acudir a consulta médica:

ITEM	SI	NO
a. Falta de tiempo para acudir a consulta médica		
b. Establecimientos de salud alejados de su hogar		
c. Dificil acceso a transporte		
d. No pudo obtener cita médica		
e. Carece de recursos económicos para acudir a consulta médica		
f. Inadecuada calidad de atención en establecimientos de salud		
g. Cuenta con receta médica antigua		
h. Confía en la recomendación de los vendedores de farmacias o boticas		
i. Tiene conocimiento sobre fármacos		

j. Confía en la publicidad de medios de comunicación o redes sociales		

6. ¿Quién le recomendó tomar dicha medicación?
- a. Por cuenta propia
 - b. Expendedores de farmacias/Boticas
 - c. Familiares
 - d. Amistades
 - e. Profesionales de salud no médicos
 - f. Medios de comunicación o redes sociales, indique cuál:

7. ¿Cuál fue el efecto de la medicación que consumió?
- a. Los síntomas desaparecieron
 - b. Los síntomas mejoraron
 - c. Los síntomas empeoraron
 - d. No hubo diferencia
8. ¿Considera peligroso tomar medicación sin indicación de un médico?
- a. Sí lo considero peligroso
 - b. No lo considero peligroso



ANEXO 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

COMPLICACIONES DE LAS PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON AUTOMEDICACION

1. Comorbilidades:
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No sé
2. Tipo de comorbilidades:
 - Diabetes mellitus
 - Hipertensión arterial
 - Obesidad
 - Enfermedad renal
 - Hepatopatía crónica
 - Asma
 - TBC
 - Hipotiroidismo
 - Hipertiroidismo
 - Neoplasia
 - Otras: _____
3. Tiempo de enfermedad:
 - a. Menor a 24 horas
 - b. 24 a 48 horas
 - c. 48 a 72 horas
 - d. Mayor a 72 horas
4. Diagnóstico Presuntivo: _____
5. Diagnóstico Definitivo: _____
6. Complicaciones quirúrgicas:
 - a. Si
 - b. No
7. Cuáles fueron las complicaciones: _____
8. Estancia hospitalaria:
 - a. 0 – 3 días
 - b. 4 – 7 días
 - c. 8 – 14 días
 - d. 15 – 30 días
9. Evolución:
 - a. Alta Médica
 - b. Estacionaria
 - c. Fallecido
 - d. Traslado a otro servicio
 - e. Referido a otro hospital

ANEXO 04: VALIDACIÓN DE ENCUESTA POR JUICIO DE EXPERTOS

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

“Encuesta de Automedicación en pacientes con patologías quirúrgicas”

OBJETIVO: “Recoger información que permita analizar, tabular y conocer las prácticas de automedicación en pacientes de patologías quirúrgicas del área de Cirugía. Hospital III Goyeneche, Marzo 2023

DIRIGIDO A: Pacientes hospitalizados en el área de Cirugía, Hospital III Goyeneche, Marzo 2023.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Córdova Coayla Ynés Ydalia

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: Doctora© en Ciencias: Salud Pública, Especialidad en Estadística e Investigación.

VALORACIÓN:

MUY DEFICIENTE	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
				X

FIRMA DEL EVALUADOR



Firmado digitalmente
por CORDOVA
COAYLA Ynes Ydalia
FAU 20449347448 soft
Fecha: 2023.03.03
12:42:57 -05'00'



MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

“Encuesta de Automedicación en pacientes con patologías quirúrgicas”

OBJETIVO: “Recoger información que permita analizar, tabular y conocer las prácticas de automedicación en pacientes de patologías quirúrgicas del área de Cirugía. Hospital III Goyeneche, marzo 2023

DIRIGIDO A: Pacientes hospitalizados en el área de Cirugía, Hospital III Goyeneche, marzo 2023.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Mora Lopez Cristian Carlos

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Médico cirujano especialista en urología y nefrología

VALORACIÓN:

MUY DEFICIENTE	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
				X



FIRMA DEL EVALUADOR

ANEXO 05: MATRIZ DE DATOS AUTOMEDICACION, FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES EN PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL III GOYENECHE

1	36	2	1	1	4	3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	3	1	1
	3	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1
2	44	2	2	2	16	3	2	5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	2	2	2	2	5	1	1
	3	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	2	2	1	1	1	2	1	1
3	52	2	2	2	16	3	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1
	3	3	1	1	1	1	3	2	1	3	1	2	2	3	1	2	2	2	1
4	17	1	2	1	16	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2
	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	4	1	1
	3	4	1	2	1	3	4	2	1	1	1	2	2	3	1	2	2	2	1
5	56	2	1	1	2	3	2	5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	2	2	2	2	5	1	1
	11	4	2	3	2	4	1	2	1	3	1	2	2	3	1	2	2	1	1
6	31	2	1	2	6	3	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2
	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	3	1	1
	3	4	1	4	1	7	3	3	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1
7	47	1	1	1	5	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2
	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1
	11	2	1	5	2	0	0	1	1	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1

8	60	1	1	1	11	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2
	12	2	1	1	1	1	2	2	1	3	1	2	2	3	1	2	2	2	1
9	22	2	1	1	11	3	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	3	1	2
	12	1	3	6	1	1	2	2	1	2	1	2	2	3	1	2	2	2	2
10	38	1	3	2	16	4	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	4	1	1
	3	4	2	3	1	4	2	3	1	2	1	2	2	3	1	2	2	2	1
11	46	1	3	3	16	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1
	3	4	2	7	2	0	0	3	1	3	1	2	2	3	1	2	2	2	1
12	44	2	3	4	13	3	1	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	3	1	2
	12	4	1	6	1	7	3	4	1	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1
13	30	2	3	2	4	3	2	5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	2	2	2	2	5	1	1
	11	2	2	3	2	0	0	3	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1
14	32	2	2	3	16	3	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2
	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1
	11	2	2	8	1	8	2	3	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1
15	56	1	2	3	16	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	4	1	1
	12	4	1	9	2	0	0	2	1	3	1	2	2	1	1	1	2	2	1
16	17	2	1	4	11	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2
	12	4	1	10	1	3	1	2	1	1	1	2	2	3	1	2	2	1	1

17	42	1	3	3	8	3	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	
	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	4	1	1
	3	4	2	11	1	9	2	1	1	3	1	2	2	2	1	2	2	1	1	
18	84	1	2	4	16	2	2	5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	2	2	2	2	2	5	1	1
	12	2	2	7	1	4	3	3	1	5	1	2	2	3	1	2	2	2	2	1
19	44	1	3	4	5	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	
	12	2	1	6	1	10	2	3	1	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	
20	90	1	3	3	16	5	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	
	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	1	1	
	10	1	1	1	1	2	1	2	1	5	1	2	2	3	1	2	2	1	1	
21	17	2	1	3	7	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	
	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	4	1	2	
	12	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	2	2	2	2	
22	72	2	2	3	16	3	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	
	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	
	11	1	1	13	1	1	2	2	1	4	1	2	2	3	1	2	2	1	1	
23	24	2	1	2	2	3	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	
	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	4	1	1	
	11	4	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	
24	23	1	2	4	16	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	
	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	4	1	1	
	3	2	1	5	2	0	0	1	1	2	1	2	2	3	1	2	2	2	2	
25	72	1	2	3	16	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	
	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	
	2	4	2	7	2	4	1	3	1	4	1	2	2	3	1	2	2	2	1	

26	30	1	3	2	16	3	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	4	1	2
	12	3	1	4	1	1	2	2	1	2	1	2	2	3	1	2	2	2	1
27	27	1	3	3	5	2	2	5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	2	2	2	2	5	1	1
	3	4	2	7	1	11	1	2	1	2	1	2	2	3	1	2	2	2	2
28	36	1	3	2	16	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2
	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1
	12	2	1	1	1	1	2	3	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1
29	41	1	1	2	6	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2
	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1
	11	2	2	12	1	12	1	4	1	3	1	2	2	3	1	2	2	2	1
30	18	1	2	3	16	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1
	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2
	11	4	2	12	2	4	1	3	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1
31	77	1	1	3	5	5	2	5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	2	2	2	2	5	1	1
	11	4	2	11	1	13	1	4	1	4	1	2	2	1	1	1	2	2	1
32	59	1	3	3	16	3	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1
	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	4	1	1
	11	2	2	11	2	4	1	3	1	3	1	2	2	3	1	2	2	2	1
33	18	1	1	3	5	1	2	5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	2	2	2	2	5	1	2
	12	3	2	11	2	4	1	3	1	1	1	2	2	3	1	2	2	2	2
34	26	1	3	4	16	3	2	5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	2	2	2	2	5	1	1
	11	4	1	5	2	0	0	1	1	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1

35	37	1	1	3	11	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	4	1	1
	11	3	1	12	1	9	3	4	1	2	2	1	2	3	2	2	2	2	2
36	28	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	4	1	1
	11	2	2	7	1	11	1	3	1	2	2	1	2	3	2	2	2	2	2
37	47	1	2	4	5	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	4	2	1
	11	1	2	12	2	4	1	3	1	3	2	1	2	3	1	2	2	2	2
38	47	1	1	4	11	2	1	3	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2
	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1
	12	4	1	5	2	0	0	1	1	3	2	1	2	3	2	2	2	1	1
39	52	2	1	2	16	3	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2
	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1
	11	3	3	8	1	8	2	3	1	3	2	1	2	2	1	2	2	2	2
40	54	2	1	3	1	4	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	3	1	2
	12	2	1	13	1	1	3	1	1	3	2	1	2	3	2	2	2	2	1
41	34	2	1	3	16	3	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2
	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	4	2	1
	3	2	2	11	2	0	0	3	1	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1
42	29	2	3	3	4	3	2	5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	2	2	2	2	5	1	1
	11	1	2	11	1	14	1	3	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2
43	54	2	3	4	16	3	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2
	12	4	2	13	1	7	3	4	1	3	2	1	2	3	2	2	2	2	2

44	42	2	3	4	16	3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	4	1	1
	3	2	2	3	1	4	3	2	1	3	2	1	2	3	2	2	2	2	2
45	48	1	1	4	13	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	4	1	1
	3	3	1	2	1	7	3	2	1	3	2	1	2	2	1	2	2	2	2
46	41	2	1	3	5	3	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2
	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	1	1
	11	2	1	6	1	1	2	1	1	3	2	1	2	3	1	2	2	2	2
47	18	2	3	3	16	1	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2
	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1
	11	4	1	1	1	2	4	4	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2
48	48	1	1	4	16	3	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
	11	4	2	3	2	0	0	2	1	3	2	1	2	1	1	1	2	2	1
49	40	2	1	3	2	3	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2
	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	4	1	1
	3	1	2	3	2	4	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1
50	21	1	3	2	16	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	4	1	1
	3	2	1	1	1	7	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1
51	54	1	3	2	16	3	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2
	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
	11	4	2	3	1	4	2	3	1	3	2	1	2	2	1	2	2	2	1
52	54	2	3	2	16	3	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2
	12	2	2	3	1	4	2	3	1	3	2	1	2	3	2	2	2	1	1

53	30	2	3	2	16	3	2	5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	2	2	2	2	5	1	1	
	11	4	1	10	1	3	1	3	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	
54	89	1	1	3	5	5	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	
	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1
	12	2	2	3	2	0	0	2	1	5	2	1	2	3	2	2	2	2	2	1
55	27	1	2	3	16	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	4	1	1
	9	3	2	3	1	4	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1
56	40	1	1	3	7	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1
	3	2	1	5	2	0	0	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1
57	19	2	1	4	7	1	2	5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	2	2	2	2	5	1	2	
	12	1	1	6	1	1	2	2	1	1	2	1	2	3	1	2	2	2	2	1
58	91	1	3	2	16	5	2	5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	2	2	2	2	5	1	1	
	11	4	1	6	1	7	2	2	4	5	2	1	2	2	1	2	2	1	2	
59	67	1	2	4	10	5	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	
	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	3	1	1	
	3	2	2	3	2	4	1	3	1	4	2	1	2	3	2	2	2	1	1	
60	88	1	1	4	4	5	2	5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	2	2	2	2	5	1	1	
	11	4	1	13	1	1	3	3	1	5	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1
61	61	1	3	2	16	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	
	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	
	2	4	2	3	2	0	0	3	1	4	2	2	1	3	1	2	2	2	2	

