



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

**Facultad de Medicina Humana
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"**

**FACTORES PARA LA BÚSQUEDA TARDÍA DE ATENCIÓN
MÉDICO-TRAUMATOLÓGICA EN EL HOSPITAL APOYO
IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA". AGOSTO DEL 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Presentado por el Bachiller en Medicina Humana:
LUIS CARLOS ARÉVALO CÓRDOVA

Asesor:
MC. Eduardo Valera Tello

IQUITOS – PERÚ

2018

Miembros del Jurado examinador

Y

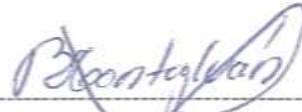
Asesor de tesis



Mg. SP. Jesús Jacinto Magallanes Castilla
Presidente el jurado examinador



Mg. SP. Wilma Selva Casanova Rojas
Miembro de jurado examinador



Dra. Bertha Mansol Montalván Inga
Miembro de jurado examinador



Dr. Eduardo Valera Tello
Asesor



UNAP

Facultad de Medicina Humana
"Rafael Donayre Rojas"
Secretaría Académica

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la ciudad de Iquitos, a los **quince** días del mes de **noviembre** del **dos mil dieciocho**, siendo las **12:30 horas**, el jurado de tesis designado según **Resolución Decanal N° 034-2018-FMH-UNAP**, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad, integrado por los señores docentes que a continuación se menciona:

Mg. SP. Jesús Jacinto Magallanes Castilla	Presidente
Mg. SP. Wilma Selva Casanova Rojas	Miembro
Dra. Bertha Marisol Montalván Inga	Miembro
 Dr. Eduardo Alberto Valera Tello	 Asesor

Se constituyeron en las instalaciones del Salón de Grados de la Facultad de Medicina Humana, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la tesis titulado: **"Factores para la búsqueda tardía de atención médico - traumatológica, en el hospital Iquitos "César Garayar García", agosto del 2018"**, del bachiller en Medicina Humana **Luis Carlos Arévalo Córdova**, para optar el título profesional de **Médico Cirujano**, que otorga la **Universidad Nacional de la Amazonía Peruana**, de acuerdo a la **Ley Universitaria N° 30220** y el Estatuto de la UNAP.

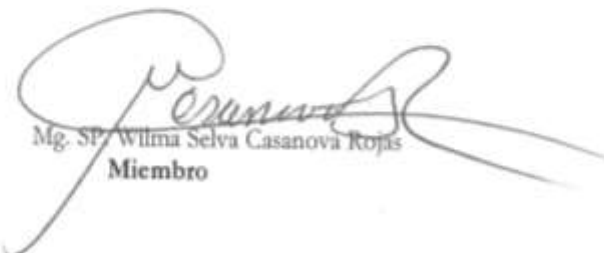
Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma **SATISFACTORIA**.....

El jurado llegó a la siguiente conclusión:

La tesis ha sido **APROBADA POR UNANIMIDAD**.....

Siendo las **01.45 PM** se dio por concluido el acto de sustentación pública de tesis, felicitándole al sustentante por su **EXPOSICION**.....


Mg. SP. Jesús Jacinto Magallanes Castilla
Presidente


Mg. SP. Wilma Selva Casanova Rojas
Miembro


Dra. Bertha Marisol Montalván Inga
Miembro

Dedicatoria

Con amor y gratitud a mis queridos padres **Wagner y Palmir**, y a mi hermano **Wagner** por el apoyo brindado en los buenos y malos momentos; y, sobre todo, porque nunca dejaron de creer en mí, volviéndose pilares fundamentales en mi vida profesional y personal.

A mi abuelo **Luis Wilbur**, por sumarse a mis padres como un pilar muy en mi educación y la obtención de la carrera universitaria.

A mis compañeros y amigos integrantes de la Facultad de Medicina Humana de la UNAP, por las constantes experiencias y aprendizajes, además de su ayuda en determinados momentos.

A los miembros de mi *alma matter* (UNAP), y a los del Hospital Apoyo Iquitos donde completé mi formación como médico, durante el año de internado, siendo de las mejores etapas de mi crecimiento profesional.

A los que alguna vez fueron mis pacientes, por permitirme ser una pequeña parte de sus vidas, aprender de ellos y contribuir de esa forma en mi formación integral.

Agradecimiento

A Dios, por permitirme llegar hasta este punto, otorgándome salud para lograr mis objetivos; por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y sobre todo por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi asesor el **Dr. Eduardo Alberto Valera Tello** por su apoyo en la realización de la tesis.

A los doctores del Departamento de Cirugía del Hospital Apoyo Iquitos, por ser el soporte para la validación del instrumento, clave para la ejecución del presente trabajo, quienes implantaron en mí la pasión por esta gran área de la ciencia médica.

Al personal asistencial y administrativo del Hospital Apoyo Iquitos, por brindarme el apoyo necesario para acceder a las herramientas solicitadas para la ejecución de la presente tesis.

A los miembros del Jurado evaluador y calificador de la presente tesis, por las recomendaciones brindadas para el perfeccionamiento del mismo.

A todas aquellas personas que directa o indirectamente contribuyeron a mi formación como médico y en el desarrollo del presente trabajo.

Resumen

Introducción: En países como Perú que cuenta con una riqueza florística y saberes ancestrales muy arraigados, se suman las diferencias culturales. Estos condicionantes en conjunto podrían estar influyendo en la toma de decisiones de la población para decidir primero por un tratamiento empírico, y ante el fracaso eventual del mismo, acudir a recibir atención médica. Debido a esta problemática, se buscó identificar las razones para que la población acuda en búsqueda de atención médica de manera tardía y el consecuente uso de métodos no médicos, visto comúnmente en la región.

Objetivo: Determinar los factores para la búsqueda tardía de atención médico-traumatológica de los pacientes atendidos en consultorios del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” durante el mes de agosto del 2018.

Metodología: Estudio no experimental, descriptivo y transversal, con una población constituida por todos los pacientes mayores de edad atendidos en los consultorios del servicio de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, durante el periodo comprendido entre el primero y el treinta y uno de agosto del 2018. La recolección de datos fue mediante la técnica de encuesta, previamente aprobada por los especialistas del servicio de traumatología y ortopedia. Los datos obtenidos de las encuestas se ingresaron a una base de datos en el programa Microsoft Excel 2016, y el análisis de resultados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics V22 x86, de los cuales se presentan tablas y gráficos.

Resultados: De un total de 154 casos del estudio, el tiempo para la búsqueda de atención identificado con mayor frecuencia es de más de 48hrs, con el 39,6% de los casos. La razón de búsqueda tardía con mayor frecuencia es el uso de método no médico, con el 58,1%. El método no médico con mayor frecuencia es empaste y preparado, con el 23%. La razón para uso de método no médico con mayor frecuencia es la presión, con 39% de los casos.

Conclusiones: Es preocupante que la búsqueda tardía de atención médica represente más de la tercera parte de los casos y que de estos, la razón más frecuente sea la del uso de tratamiento no médico, abarcando casi las dos terceras partes de los casos, con especial énfasis en el uso de la planta suelda con suelda; evidenciando que un gran porcentaje opta por el uso de métodos tradicionales, mostrando su marcada adherencia. La razón más frecuente para el uso de método no médico es la presión, familiar o amical, lo cual evidencia la gran importancia que tiene la información o experiencias previas que pueden tener los allegados para la creación de duda en el paciente por optar por el método médico.

Palabras clave: búsqueda de atención médica, atención médica tardía, demora en la atención médica, suelda con suelda, razones de atención médica tardía, medicina tradicional.

Abstract

Introduction: In countries such as Peru, which has a wealth of flowers and deep-rooted ancestral knowledge, cultural differences are added. These factors as a whole could be influencing the decision-making process of the population to decide first for an empirical treatment, and in case of eventual failure, to seek medical attention. Due to this problem, we sought to identify the reasons for the population to seek medical care late and the consequent use of non-medical methods, commonly seen in the region.

Objective: Determine the factors for the late search for medical-trauma care of patients seen in the offices of the Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" during the month of August 2018.

Methodology: Non-experimental, descriptive and cross-sectional study, with a population constituted by all the elderly patients treated in the offices of the Traumatology and Orthopedics service of the Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García", during the period between the first and the second. thirty-one August 2018. The data collection was through the survey technique, previously approved by the specialists of the Traumatology and Orthopedics service. The data obtained from the surveys were entered into a database in the Microsoft Excel 2016 program, and the analysis of results using the statistical program IBM SPSS Statistics V22 x86, of which tables and graphs are presented.

Results: Of a total of 154 cases of the study, the time for the search for identified care more frequently is that of more than 48hrs, with 39.6% of cases. The reason for the late search with greater frequency is that of Use of non-medical method, with 58.1%. The non-medical method with greater frequency is Filling and Prepared, with 23%. The reason for the use of the non-medical method with greater frequency is that of Pressure, with 39% of cases.

Conclusions: It is worrisome that the delayed search for medical attention represents more than a third of the cases and that of these, the most frequent reason is the use of non-medical treatment, covering almost two thirds of the cases, with special emphasis on the use of the solder plant with solder; evidencing that a large percentage opts for the use of traditional methods,

showing their marked adherence. The most frequent reason for the use of non-medical method is the pressure, family or amical, which shows the great importance of the information or previous experiences that may have the relatives for the creation of doubt in the patient to opt for the method doctor.

Key words: search for medical attention, delayed medical attention, delay in medical care, soldered solder, late medical care reasons, traditional medicine.

Índice de contenido

Dedicatoria	.....	03
Agradecimiento	.....	04
Resumen	.....	05
Abstract	.....	07
Índice de contenido	.....	09
Índice de tablas	.....	10
Índice de gráficos	.....	11
Capítulo I		
I.-	Introducción	.....13
II.-	Planteamiento del problema	.....14
III.-	Justificación	.....17
IV.	Objetivos	.....19
Capítulo II		
V.-	Marco teórico	.....21
	V.1.- Antecedentes	.....21
	V.2.- Marco conceptual	.....26
VI.-	Variables de investigación	.....29
Capítulo III		
VII.-	Metodología	.....31
Capítulo IV		
VIII.-	Resultados	.....35
IX.-	Discusión	.....49
X.-	Conclusiones	.....51
X.-	Recomendaciones	.....53
Referencias bibliográficas	.....	54
Anexos	.....	57

Índice de tablas

Tabla 01	Grupo etario de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Agosto del 2018.	35
Tabla 02	Sexo de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Agosto del 2018.	36
Tabla 03	Grado de instrucción de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Agosto del 2018.	37
Tabla 04	Distrito de procedencia de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Agosto del 2018.	38
Tabla 05	Zona de residencia de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Agosto del 2018.	39
Tabla 06	Tiempo para buscar atención de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Agosto del 2018.	40
Tabla 07	Diagnóstico identificado según Tiempo para buscar atención de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Agosto del 2018.	41
Tabla 08	Tipo de lesión identificada según Tiempo para buscar atención de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Agosto del 2018.	42
Tabla 09	Razón de búsqueda tardía de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Agosto del 2018.	43
Tabla 10	Método no médico usado de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Agosto del 2018.	44
Tabla 11	Tipo de empaste usado de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Agosto del 2018.	45
Tabla 12	Tipo de preparado usado de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Agosto del 2018.	46
Tabla 13	Tipo de infusión usada de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Agosto del 2018.	47
Tabla 14	Razón para uso de método no médico usada de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Agosto del 2018.	48

Índice de gráficos

Gráfico 01	Distribución según grupo etario de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.	35
Gráfico 02	Distribución según sexo de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.	36
Gráfico 03	Distribución según grado de instrucción de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.	37
Gráfico 04	Distribución según distrito de procedencia de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.	38
Gráfico 05	Distribución según zona de residencia de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.	39
Gráfico 06	Distribución según tiempo para buscar atención de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.	40
Gráfico 07	Distribución del tipo de lesión identificada según tiempo para buscar atención de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.	42
Gráfico 08	Distribución según razón de búsqueda tardía de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.	43
Gráfico 09	Distribución según método no médico usado de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.	44
Gráfico 10	Distribución según tipo de empaste usado de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.	45
Gráfico 11	Distribución según tipo de preparado usado de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.	46
Gráfico 12	Distribución según tipo de infusión usado de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.	47
Gráfico 13	Distribución según razón para uso de método no médico de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.	48

CAPÍTULO I

Introducción

Los problemas de salud que aquejan a la población, no sólo son dependientes de medio ambiente o de los hábitos de la población. El mismo aislamiento y la inaccesibilidad geográfica, contribuyen a la pobreza arraigada a través de las generaciones. A esto se suma la inequidad e ineficiencia en la respuesta social, frente a los problemas sanitarios que, en realidad, no sólo son problemas de la ciudad, sino que se ven repetidamente en toda la región Loreto.

En países como Perú que cuenta con una riqueza florística y saberes ancestrales muy arraigados, se suman las diferencias culturales. Estos condicionantes en conjunto podrían estar influyendo en la toma de decisiones de la población para decidir primero por un tratamiento empírico, y ante el fracaso eventual del mismo, acudir a recibir atención médica.

Las costumbres y tradiciones que se van pasando de generación en generación, tienen mucha consideración para el tratamiento de diferentes patologías. Inclusive, muchos desconfían del sistema formal de salud y prefieren tratarse con medicina tradicional o simplemente no tratarse, esperando a que la enfermedad se autolimita, el organismo se autorregule para mantener sus funciones normales.

Debido a esta problemática, surge la necesidad de realizar este trabajo, buscando identificar las razones para que la población acuda en búsqueda de atención médica de manera tardía y el consecuente uso de métodos no médicos, visto comúnmente en la región. Es difícil en una población tan tradicional, cambiar esta ideología y lo que se desea es que todos, al tener el derecho de ser atendidos médicamente, lo aprovechen de la mejor manera y así lograr disminuir la morbilidad y las complicaciones que por falta de atención médica podrían presentarse en el individuo.

Planteamiento del problema

Iquitos es la ciudad más grande de la Amazonía Peruana y la sexta ciudad más poblada del Perú¹. Es una ciudad con profundas tradiciones ancestrales, pero a la vez cosmopolita que cuenta con un amplio bagaje intercultural y social. Cuenta con cuatro hospitales públicos, que incluye al Hospital Regional “Felipe Santiago Arriola Iglesias”, Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, Hospital Militar “Santa Rosa” y el Hospital III Essalud.

Las lesiones que implican alteraciones traumatológicas son frecuentes, principalmente por accidentes y caídas. Según la Organización Internacional del Trabajo, las lesiones traumatológicas se encuentran entre los problemas más importantes de salud a nivel mundial. También informa que son causa de la mayoría de las ausencias laborales (49,9 % de las ausencias de más de 3 días) y de los casos de incapacidad permanente para trabajar (60%)².

En el Perú, según el Instituto Nacional de Rehabilitación, de todas las deficiencias atendidas en consulta externa, el 25,8% fue de origen traumatológico y las fracturas representan más de la mitad de todos los pacientes con trauma³. Loreto presenta el mayor porcentaje de traumatismos no fatales (78,5%)⁴. Un estudio realizado en el Hospital Regional de Loreto señala que el 58% de fracturas está presente en mayores de 15 años, el sexo masculino prevaleció un 77%, procedieron de zona marginal en 58%, siendo las fracturas por accidente doméstico un 38% y de tránsito 32%.⁵.

Es relativamente común observar en los servicios de traumatología de los establecimientos de salud de la ciudad de Iquitos, a personas que acuden a la atención de forma tardía, ya que de primera intención intentaron solucionar su problema de salud mediante métodos no médicos o tradicionales. Este accionar popular implica un retraso en el diagnóstico y tratamiento específico, que conlleva al incremento de complicaciones, hasta la coexistencia de discapacidades.

La cosmovisión de la población amazónica mantiene una estrecha relación entre las personas, el entorno/medio ambiente, el mundo espiritual, la convivencia en comunidades y la estructura de las mismas, así como los conocimientos milenarios, los cuales forman parte de la realidad cotidiana de los pueblos amazónicos y que tienen gran importancia en la toma de decisiones⁶.

La medicina tradicional, no occidental, encierra un complejo sistema porque tiene una amplia gama de conocimientos, tradiciones, prácticas, creencias, y dichos componentes se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes; los terapeutas, parteras, promotores, sobadores, que poseen sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales o animales, existiendo población que confía en ella, la solicita y la practica.

La valoración y clasificación de las diferentes lesiones traumatológicas por el especialista al momento del diagnóstico, es esencial para establecer el grado de la lesión y las posibles repercusiones, complicaciones o secuelas que pueden llegar a producirse. Así mismo, es importante tener un alcance del pronóstico que va a tener la lesión, pudiendo con ello derivar a la atención especializada de la manera más adecuada para el paciente, así como dar las explicaciones oportunas a éste y a sus familiares⁷.

La determinación del tratamiento y de una rehabilitación adecuada para una patología locomotora es compleja, y con mayor razón al encontrarse con secuelas. El tratamiento tiene por objetivo la restauración de la discapacidad física y funcional para poder reintegrar al afectado a las actividades cotidianas⁸.

Se ha evidenciado en pacientes que acuden para una atención médica, inclusive las de menor complejidad, problemas traumatológicos mayores, derivados de no acudir a los servicios de salud, observándose personas con alteraciones estructurales en las extremidades, al punto de alterar su locomoción, derivadas de patologías traumatológicas no tratadas adecuadamente.

Se observa que las personas toman o se aplican extractos u otro tipo de preparados artesanales de plantas. De la misma manera, la población es reacia a acudir a la atención médica porque no los tratan bien, los hacen esperar demasiado para la atención o los diferentes problemas administrativos en salud de entre los que más resalta el alto costo que implica un tratamiento traumatológico, los hacen huir, prefiriendo arriesgarse por un tratamiento empírico que se sabe que es mucho más económico o en el peor de los casos, adecuarse a su lesión.

Los factores por las que personas que sufren un traumatismo, tienen para optar por procedimientos no médicos o tradicionales, en busca de la recuperación de su salud, no han sido esclarecidos. Tras considerar los traumatismos como un serio problema de salud y desarrollo para Loreto, es importante estudiar las razones por los que, la población accede de manera tardía a los servicios de salud luego de haber sufrido lesiones traumatológicas.

Formulación del problema

Ante la situación problemática descrita, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores para la búsqueda tardía de atención médico-traumatológica de los pacientes atendidos en consultorios del servicio de traumatología del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”?

Justificación

Las lesiones traumatológicas deben ser diagnosticadas y tratadas oportunamente, porque las consecuencias de una atención tardía conllevan desde una discapacidad temporal hasta una incapacidad permanente del sistema de locomoción.

Según lo recomendado por las Guías de Práctica Clínica, para que los resultados sean óptimos, el tratamiento quirúrgico, en caso de ser indicado, se aplica idealmente dentro de las de las 36 a 48 horas del evento, debido a que el manejo conservador conlleva mayor estancia hospitalaria y menor retorno de los pacientes al nivel funcional previo⁹⁻¹¹.

En las circunstancias actuales es frecuente encontrar descontento y desconfianza de los pacientes hacia sus médicos y/o sus tratamientos. Factores tales como actitud, la expresión y los movimientos corporales forman parte de la capacidad del médico para establecer una comunicación no verbal. Es frecuente la queja del tiempo insuficiente que el médico ofrece a su paciente para establecer una comunicación y empatía adecuada. Luego existiría la tendencia a una relación médico-cliente, de trato muy superficial y de poca confianza. El médico ve al enfermo fragmentado, por especialidades, de manera no integral, con poca comunicación entre unos y otros médicos, sin que se integre el tratamiento, y sin contemplar al paciente como persona.

En medicina, de constante evolución, hay el acuerdo en todas las disciplinas, que es esencial incorporar la competencia cultural como un estándar de cuidado para los pacientes, pues son estas diferencias las que pueden determinar la búsqueda de ayuda oportuna en los pacientes con lesiones traumáticas¹².

Esta investigación tiene como propósito, que proveedores de salud conozcan el por qué es que la gente no asiste de primera intención al hospital, y opta por otros medios para dar solución a su problema traumatológico.

El estudio es relevante ya que no existe un estudio anterior sobre esta problemática. Los datos obtenidos pueden tener una gran relevancia para los profesionales de la salud y así brindar una atención integral, logrando que la población vea a la atención médica como una solución definitiva para su problema de salud.

Conociendo que el Hospital Apoyo Iquitos es uno de los más importantes de la región y alberga gran cantidad de pacientes que consultan por lesiones traumatológicas, esta investigación podría ser un precedente para futuras investigaciones, y así mismo, da el soporte para dar inicio a programas de difusión y comunicación para la prevención en salud.

Con los resultados obtenidos en este trabajo, se podrá brindar recomendaciones para evitar que se siga produciendo este problema, además de educar tanto a familiares como pacientes, para que en el futuro se tenga mayor conciencia de la importancia de recibir atención médica oportuna y adecuada.

Es por ello que el presente estudio pretende indagar en la población de manera que se pueda dejar una base teórica y estadística por primera vez en Iquitos y así contribuir al desarrollo de estrategias de prevención e intervención tanto en el personal médico como asistencial, con el fin de reducir los problemas en salud e incrementar la eficacia, eficiencia y efectividad en la atención de los pacientes.

Objetivos

Objetivo general

- Determinar los factores para la búsqueda tardía de atención médico-traumatológica de los pacientes atendidos en consultorios del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, tras haber sufrido lesiones traumatológicas en agosto del 2018.

Objetivos específicos

- Describir las características socio-demográficas de los pacientes que buscaron atención médico-traumatológica de manera tardía, tales como: edad, sexo, grado de instrucción, zona de procedencia, distrito de residencia.
- Identificar la prevalencia de los pacientes que acuden tardíamente al consultorio de traumatología.
- Indicar el tipo de tratamiento no médico o tradicional usado por los pacientes que buscaron atención médico-traumatológica manera tardía.
- Explicar las razones para tratarse con métodos no médicos o tradicionales antes de optar por la búsqueda de tratamiento médico-traumatológico.

CAPÍTULO II

Marco teórico

Antecedentes de la investigación

PALOMINO L, RAMÍREZ R, VEJARANO J, TICSE R. (2016) en “Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú”, en un estudio descriptivo retrospectivo, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en la ciudad de Lima, Perú, refieren que el tiempo preoperatorio prolongado está asociado a mayores complicaciones médicas y mortalidad. Los pacientes con tratamiento quirúrgico tuvieron menos porcentaje de complicaciones (47%) que los que no recibieron tratamiento quirúrgico (94%), así como menos estancia hospitalaria. Las guías traumatológicas sugieren que el tratamiento quirúrgico es el de elección y debe ser instaurado dentro de las primeras 48 horas, sin embargo, en el hospital de estudio ningún paciente recibió tratamiento quirúrgico precozmente¹³.

SIEGMETH W, GURUSAMY K, PARKER M. J. (2005) en “Delay to surgery prolongs hospital stay in patients with fractures of the proximal femur”, un estudio prospectivo llevado a cabo en la ciudad de Peterborough, Reino Unido, con una población de 3628 pacientes, señalan que una demora en la cirugía tiene un impacto significativo en la duración de la estadía en el hospital y se debe evitar cualquier retraso de más de 48 horas, que no sea para mejorar una condición aguda y tratable. La cirugía temprana reduce la duración media de la estancia hospitalaria de 36,5 a 21,6 días y así mismo los pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico temprano, obtienen un mejor resultado funcional¹⁴.

OROSZ G, MAGAZINER J, HANNAN E. (2004) en “Association of Timing of Surgery for Hip Fracture and Patient Outcomes”, un estudio cohorte prospectivo, realizado en la ciudad de New York, EE.UU, señalan que no encontró asociación entre la cirugía temprana y la reducción de la mortalidad o una mejoría en la función, pero hubo una menor duración de la estancia hospitalaria, menor dolor y menos complicaciones mayores postoperatorias. Se dividió a los pacientes en un grupo temprano (≤ 24 horas) o tardío (> 24 horas).

Los pacientes con fractura de cadera que sean médicamente estables deben recibir una cirugía temprana cuando sea posible¹⁵.

ARDILLA F, MARTÍNEZ S, FUENTES M, BORRERO E. (2013) en “Análisis de las demoras en salud en personas que enfermaron de gravedad o fallecieron por dengue en cinco ciudades de Colombia” un estudio caso control llevado a cabo en las ciudades de Bucaramanga, Cali, Cúcuta, Girardot y Tame, señalan que para entender el proceso enfermedad- atención- recuperación o muerte, ha sido de gran utilidad el modelo “camino a la supervivencia” o de las 3 demoras, usando el concepto de “demoras” como el periodo entre el inicio de una complicación hasta su adecuado tratamiento y su relación con factores como la autonomía para buscar asistencia médica, la distancia y los servicios de salud. Para acceder a la primera consulta el recorrido no representó dificultades. Se presentaron fallas en la calidad del diagnóstico y un mayor número de instituciones consultadas en los casos que en los controles. Se evidenció un proceso de retorno a la demora 1 que puede influir negativamente en futuras decisiones en salud¹⁶.

ARREDONDO F. (2006) en “Dualidad simbólica de plantas y animales en la práctica médica del curandero-paciente en Huancayo”, un estudio descriptivo, en el que señaló que percibe en los curanderos y pacientes hacer uso de una medicalización bidireccional. Hacer uso de conceptos, medicamentos y elementos simbólicos asociados con la medicina moderna, que han penetrado y se encuentran en la medicina tradicional y viceversa; mezclando medicamentos de las farmacias y boticas con hierbas, animales y remedios caseros que se agregan o incorporan al tratamiento, adoptándose un comportamiento sincrético médico en las indicaciones y uso de medicamentos de procedencia andina y moderna, produciéndose la medicina alternativa e integrando grandes unidades sociales y contextos rurales-urbanos¹⁷.

MABIT J. (2004) en “Articulación de las Medicinas Tradicionales y Occidentales: El Reto de la Coherencia”, refiere que existe un inmenso campo nosográfico, clínico, terapéutico de los conocimientos ancestrales, que va mucho más allá de las pocas moléculas extraídas de los remedios botánicos.

Las medicinas tradicionales no se reducen a un sabio uso de la botánica, pues ello queda todavía muy poco explorado. La medicina moderna ya se ha provisto de muchos conocimientos ancestrales para constituirse. La quinina (el árbol de la Quina es un símbolo del Perú) permitió enfrentar la malaria aportada por lo españoles. La digitalina fue un aporte esencial para la cardiología. El curare permitió realizar las intervenciones de cirugía interna. La coca proporcionó los anestésicos locales para la cirugía ocular. La lista es muy larga y un gran porcentaje de los medicamentos derivan del conocimiento fitoterapéutico tradicional. No es exagerado decir que la medicina moderna no existiera si el aporte considerable del saber ancestral empírico¹⁸.

MEJÍA K, RENGIFO E. (2000) en “Plantas Medicinales de Uso Popular en la Amazonía Peruana” en una investigación llevada a cabo en la ciudad de Iquitos, refieren que el conocimiento de las propiedades medicinales de las plantas está basado en la observación, la experiencia y el conocimiento profundo del entorno. Estos conocimientos, debidamente sistematizados, deben contribuir a resolver, en parte, los problemas de salud de la población menos favorecida y más alejada de la modernidad, cuyas posibilidades de curarse son, actualmente, limitadas por el alto costo de los fármacos y tratamientos modernos¹⁹.

THADDEUS S, MAINE D. (1994) en “Too far to walk: maternal mortality in context”, un estudio descriptivo realizado en Estados Unidos tomando como fuente estudios realizados en África, señalaron que los factores que influyen en la decisión de buscar ayuda, son a menudo los que se analizan como 'barreras' o 'restricciones' a la utilización de los servicios de salud. Numerosos investigadores han observado que el aumento de la disponibilidad de los servicios (por ejemplo, mediante la construcción de más instalaciones o ampliación de los programas de salud) no siempre aumenta el uso de los servicios. Este hallazgo ha estimulado la investigación de los factores que podrían explicar la subutilización de los servicios. Las barreras más comúnmente estudiadas y discutidas son distancia, el costo, la calidad de la atención y los factores socioculturales²⁰.

ROMERO M, RAMOS S, ÁBALOS E. (2010) en “Modelos de análisis de la morbimortalidad materna”, refiere que la metodología de las 3 demoras, permite de manera general, identificar y clasificar las barreras y situaciones relacionadas con la búsqueda de atención en salud de familias y personas ante el evento de enfermar o morir.

Cualquier demora en recibir el tratamiento apropiado implica un riesgo para la salud. Estas demoras son las siguientes (Thaddeus y Maine, 1994).

1. Demora en decidir buscar atención: depende de las capacidades y oportunidades del paciente, y su entorno para reconocer una complicación que amenaza la vida, así como de la información de la que dispone acerca de a dónde puede acudir.
2. Demora en identificar y acceder a un servicio de salud: depende de la distancia al servicio de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte y el costo de los traslados.
3. Demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno: depende de la disponibilidad de personal capacitado con la que cuenta la institución, la disponibilidad de medicamentos e insumos (antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura) y de la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud²¹.

MIRALLES R. en “Medicina tradicional en los países en desarrollo”, refiere que en muchos países es tradicional que un ensalmador reduzca una fractura colocando empastes de hojas o arcilla, con lo cual se produce una cierta analgesia de la región y mediante tracción y manipulación reducen la lesión para colocar después algún sistema de inmovilización. Cuando la fractura lleva algún tiempo hay que refracturarla y se realiza haciendo una cavidad en la tierra y apastando la extremidad hasta que está suelta para luego colocar la inmovilización. Generalmente trabajan en remotos lugares donde la medicina oficial no existe. Incluso sucede que los pacientes dejan el hospital para dirigirse a recomponedores de hueso. Los pacientes eligieron el sistema por proximidad y economía²².

ESTRELLA E. (1994) en “Plantas medicinales amazónicas. Realidad y perspectivas”, refiere que la práctica médica de la Región Amazónica puede ser clasificada en dos categorías: a) Práctica médica formal, oficial u occidental, y b) Práctica médica tradicional. La primera se define como formal porque conlleva el cumplimiento de ciertas normas para su ejercicio, existiendo un proceso formativo de los profesionales de la salud; es oficial porque es la medicina aceptada y legalizada por el Estado; y finalmente, occidental porque sus conocimientos se sustentan en el desarrollo científico-técnico iniciado históricamente en Europa Occidental.

La segunda categoría de atención es la Medicina Tradicional, que es un saber médico bastante extendido en la Región Amazónica, y tiene sus propios conceptos de salud, enfermedad, diagnóstico, prevención y tratamiento²³.

DÍAZ A, PÉREZ V, GONZÁLEZ C. en “Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental”, refiere que son las personas, actores de la salud, quienes podrían tener dificultad para interactuar al tener concepciones, costumbres y valores diversos. La forma en que se ha instalado el sistema de salud (alternativo al tradicional) demanda a la comunidad una adaptación a las exigencias de procedimientos del sistema, incluyendo la interacción con los funcionarios de salud del pueblo. Para los funcionarios y profesionales de los servicios de salud que interactúan en el ámbito de la salud, se hace recomendable acercarse a la comprensión de las ideas y emociones de los pacientes; más allá de sus creencias al enfrentarse a las enfermedades, es preciso conocer su cosmovisión reconociendo la diversidad cultural e identificando los aportes y necesidades diferenciales que presentan. Esto permitirá una mayor confianza y mejor relación con el o la paciente²⁴.

Marco conceptual de la investigación

- Traumatología y Ortopedia: La traumatología es la Especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del estudio, desarrollo, conservación y restablecimiento de la forma y de la función de las extremidades, la columna vertebral y sus estructuras asociadas, por medios médicos, quirúrgicos y físicos. La ortopedia moderna se interesa por el estudio de la forma y la función de sistema músculo-esquelético y su acción está encaminada contra aquellas afecciones que deforman la arquitectura del cuerpo humano alterando el equilibrio de sus mecanismos y contra aquellas enfermedades de los huesos o tejidos blandos que dan lugar a pérdida de forma o de función²⁵.
- Medicina tradicional: Según la OMS, la medicina tradicional es la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias oriundos de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales²⁶.

En términos generales, se entiende por medicina tradicional como “el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral”²⁷.

- Medicina occidental o convencional: Es la medicina científica, la que se estudia en las universidades y cuyo paradigma básico se funda en las relaciones entre las carencias, los microorganismos, los procesos orgánicos y los factores relacionados con el ambiente y el desarrollo de la enfermedad y por tanto su curación. La medicina convencional se apoya en la farmacopea química para sus tratamientos, en los recursos

de la cirugía biológica, el empleo de instalaciones hospitalarias y los equipamientos e instrumental específico. La practican aquellas personas que tienen títulos en medicina y sus profesionales asociados²⁸.

- Relación médico – paciente: Es el contrato no escrito, establecido por personas autónomas en la cual prevalece la interacción del enfermo con el médico y el equipo de salud, basada en la comunicación y la disposición para conseguir objetivos comunes, como son la prevención de enfermedades, preservación y recuperación de la salud, con rehabilitación y reintegración al núcleo familiar, social y en ocasiones laboral. Según el enfoque dualista de enfermedad dolencia, el tiempo y firma de la relación médico-paciente, redundará en beneficio de la satisfacción del paciente y la “confianza en su doctor”²⁹.

- Rehabilitación: Es un proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades, como así también su ajuste psicológico, social, vocacional y económico que le permitan llevar de forma libre e independiente su propia vida. Resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad en la medida que lo permitan la utilización apropiada de todas sus capacidades residuales³⁰.

- Incapacidad: Situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad, quedando mermada su capacidad laboral³¹.

- Discapacidad: Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes³².

- Proveedor de salud: Son los trabajadores de salud, que contribuyen a proporcionar servicios en las clínicas, hospitales y comunidades mediante servicios de extensión y actividades en la comunidad. Trabajan en el sector público y privado, a distintos niveles de la jerarquía de atención a la salud y pueden tener diversos grados de educación y responsabilidad en la supervisión³³.

- Atención integral: Es aquella que se logra cuando, a la hora de planificar servicios o programas dirigidos a personas con necesidades de apoyo, se contemplan de manera conjunta entre todos los ámbitos que constituyen a la persona y sus necesidades; los relacionados con la biomédica, al funcionamiento psicológico, al campo social, y en el medio ambiente en el cual se desenvuelve³⁴.

Variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Edad	Cuantitativa discreta	Maduración continua y consecutiva del individuo desde el nacimiento	Rango de edad en años cumplidos referida por la misma persona	Joven (18 - 29 años)
				Adulto (30 - 59 años)
				Adulto mayor (60 años a más)
Género	Cualitativo nominal	Estructuras reproductivas y sus funciones, que diferencian al masculino del femenino	Características físicas que determinan la división entre hembra y macho	Masculino
				Femenino
Grado de instrucción	Cualitativo ordinal	Programas de entrenamiento de varios campos y disciplinas para la capacitación de grupos de personas	Grado más elevado de estudios realizados	Primaria
				Secundaria
				Superior
Lugar de procedencia	Cualitativo nominal	Lugar del que se procede	Distrito del cual se procede	Iquitos
				San Juan
				Belén
				Punchana
				Otros
Zona de residencia	Cualitativo nominal	Lugar en que se reside (establece) o se vive	Zona en la que habita	Rural
				Urbano-marginal
				Urbana
Tiempo para búsqueda de atención	Cualitativo nominal	Tiempo que se tarda para decidir buscar atención médica	Demora en búsqueda de atención	Hasta 24hrs
				Hasta 48hrs
				Más de 48hrs
Razón de búsqueda tardía	Cualitativo nominal	Razón por la que el paciente acude tardíamente a la atención médica	Razón para acudir tarde	Dinero
				Uso de método no médico
				Accesibilidad
				Presión social y/o familiar
				Otros
Métodos de tratamiento traumatológico no médico	Cualitativo nominal	Medicina basada en las creencias culturales y en las prácticas realizadas de generación en generación.	Métodos naturales transmitidos por generaciones, para combatir diferentes patologías	<i>Empaste de plantas:</i> Renaco negro o renaquilla/Suelda con suelda
				<i>Preparados de aguardiente:</i> Renaco negro o renaquilla/Suelda con Suelda
				<i>Infusiones:</i> Mataro/Suelda con suelda
				Otros
Razones para tratarse con medicina tradicional	Cualitativo nominal	Motivos por los cuales decide recibir tratamiento con medicina tradicional	Motivos por los cuales decide recibir tratamiento con medicina tradicional	Economía
				Efectividad
				Comodidad
				Presión social y/o familiar
				Escasa confianza en tratamiento médico
				Mal trato en el centro de salud
				Otros

CAPÍTULO III

Metodología

DISEÑO GENERAL Y TIPO DE ESTUDIO

Debido a la naturaleza de la investigación, se empleó un diseño no experimental, descriptivo y transversal ya que no se construyó ninguna situación, sino se observaron situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente; no se manipularon las variables de investigación y se estudió una población definida en un punto específico de tiempo, en el mes de agosto del 2018.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Pacientes, sus familiares o sus acompañantes que acudieron a los consultorios del servicio de traumatología del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” durante el mes de agosto del 2018.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de edad, que acudieron a los consultorios del servicio de traumatología del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, durante el periodo comprendido entre del primero al treinta y uno de agosto del 2018, que hayan sufrido alguna lesión traumatólogica.
- Familiar o acompañante del paciente que acudió a los consultorios, que haya sufrido alguna lesión traumatólogica.
- Paciente, familiar o acompañante del paciente que acudió a los consultorios con evidentes secuelas de lesiones traumatólogicas.

Criterios de exclusión

- Pacientes con secuelas de procedimientos quirúrgicos fallidos.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- Para la recolección de datos se empleó la técnica de encuesta, la cual fue previamente aprobada por especialistas como son los cirujanos del servicio de traumatología y ortopedia.
- La encuesta se realizó previamente a la atención médico-traumatológica en los consultorios 1 y 2 del servicio de traumatología y ortopedia.
- El instrumento empleado para la investigación fue diseñado por el investigador, y consta de 9 preguntas de selección múltiple.
- La encuesta fue llenada por el investigador, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión planteados para el presente estudio, previa autorización de las autoridades pertinentes.

Procedimiento de recolección de datos

Para llevar a cabo la presente investigación, se realizaron las coordinaciones con el personal académico encargado de investigación de la Facultad de Medicina y con el Jefe del Departamento de Cirugía y del Servicio de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”.

Una vez obtenidas las autorizaciones por las oficinas correspondientes se procedió a coordinar con el personal del servicio de traumatología y ortopedia para determinar los procesos (fechas y horas) para la realización de la encuesta.

Se reunió y recopiló la información y datos necesarios utilizando la ficha creada para tal fin, que se muestra y adjunta en el Anexo 1. Una vez terminada la recolección de datos, se procedió a clasificar las fichas recolectadas en los grupos creados previamente según los criterios de inclusión y exclusión.

Análisis e interpretación

Se recopiló información, se creó un formulario y una base de datos de acuerdo a las variables analizadas en el presente estudio, y en relación a la ficha de recolección de datos del anexo 1.

Los datos obtenidos de las encuestas fueron ingresados a una base de datos en el programa Microsoft Excel 2016, y el análisis de resultados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics V22 x86, de los cuales se presentan gráficos y tablas.

Aspectos éticos

El presente estudio no se contrapone con las normas éticas y conductuales con las que se debe desarrollar una investigación, teniendo en cuenta los principios deontológicos y éticos de justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia, donde el anonimato de las personas encuestadas está garantizado, así como la veracidad de los datos ingresados a la base de datos y los resultados que se dan en esta investigación.

Todos los procedimientos del presente estudio preservaron la integridad y los derechos fundamentales de los pacientes sujetos a investigación, de acuerdo con los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y de ética en investigación biomédica.

Las encuestas fueron evaluadas bajo estricta confidencialidad y veracidad de los mismos, evitando cualquier manipulación que pueda direccionar un resultado, toda vez que el objetivo es el mejoramiento continuo de la calidad a través de la información oportuna y verdadera. Así mismo los formatos fueron evaluados por el Comité de Ética del hospital donde se realizó el estudio.

CAPÍTULO IV

Resultados

I.- Características socio-demográficas

Tabla 01

Grupo etario de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
Joven (18-29 años)	19	12,3
Adulto (30-59 años)	76	49,4
Adulto mayor (≥ 60)	59	38,3
Total	154	100,0

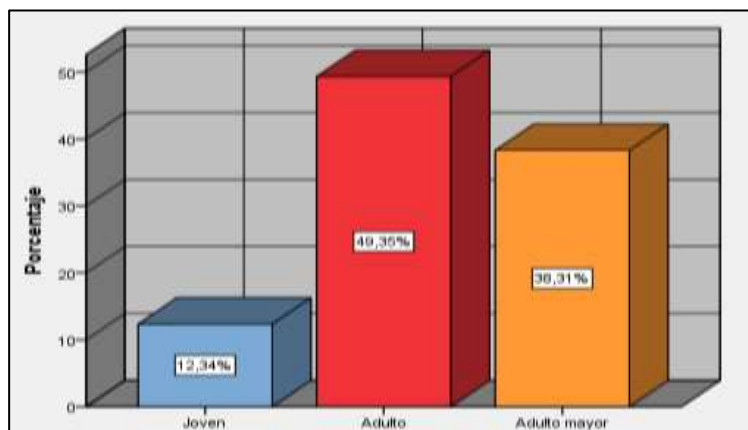
Fuente: Encuesta

*Media: 52 años, Mediana 55 años: Máximo: 79 años, Mínimo: 20 años

- Del total de 154 casos del estudio, el grupo etario identificado con mayor frecuencia es el adulto con 76 casos, que representa el 49,4%, seguido del grupo adulto mayor con 59 casos, que representa el 38,3%. El grupo de menor frecuencia es el joven, con 19 casos, que representa el 12,3%.

Gráfico 01

Distribución según grupo etario de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.



Fuente: Tabla 01

Tabla 02

Sexo de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.

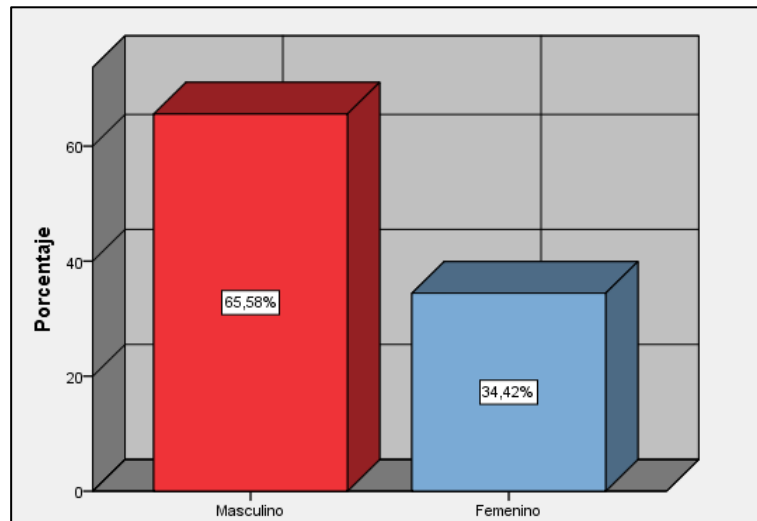
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	101	65,6
Femenino	53	34,4
Total	154	100,0

Fuente: Encuesta

- Del total de 154 casos del estudio, el sexo identificado con mayor frecuencia es el masculino con 101 casos, que representa el 65,6%, seguido del sexo femenino con 53 casos, que representa el 34,4%.

Gráfico 02

Distribución según sexo de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.



Fuente: Tabla 02

Tabla 03

Grado de instrucción de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.

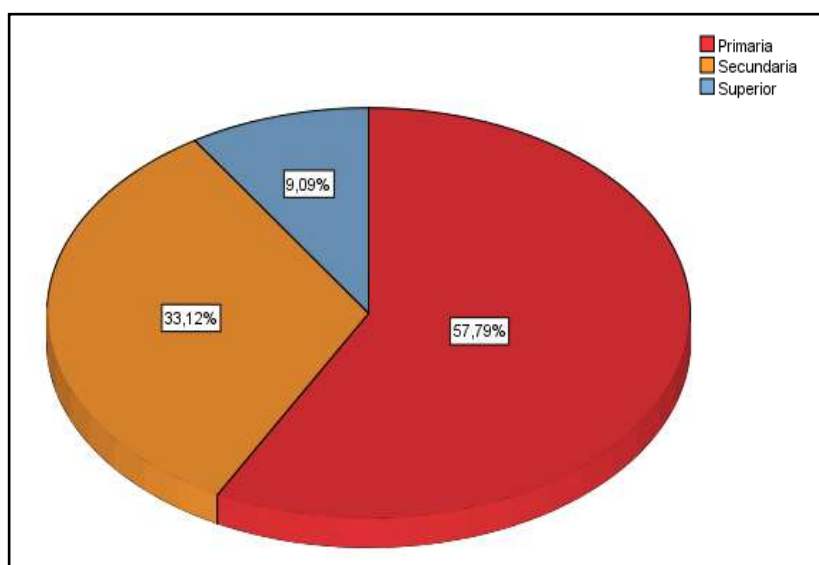
Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	89	57,8
Secundaria	51	33,1
Superior	14	9,1
Total	154	100,0

Fuente: Encuesta

- Del total de 154 casos del estudio, el grado de instrucción identificado con mayor frecuencia es el de primaria con 89 casos, que representa el 57,8%, seguido del grado secundaria con 51 casos, que representa el 33,1%. El grado con menor cantidad de casos es el superior con 14, que representa el 9,1%.

Gráfico 03

Distribución según grado de instrucción de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.



Fuente: Tabla 04

Tabla 04

Distrito de procedencia de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.

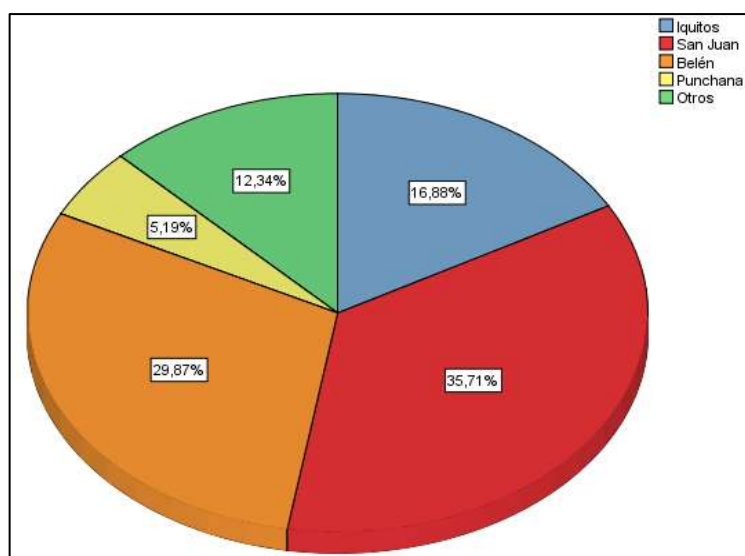
Distrito de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Iquitos	26	16,9
San Juan	55	35,7
Belén	46	29,9
Punchana	8	5,2
Otros	19	12,3
Total	154	100,0

Fuente: Encuesta

- Del total de 154 casos del estudio, el distrito identificado con mayor frecuencia es el de San Juan, con 55 casos, que representa el 35,7%, seguido del distrito de Belén con 46 casos, que representa el 29,9%. El 3er distrito con más casos es Iquitos con 26 casos, que representa el 16,9%, seguido de otros distritos con 19 casos, que representa el 12,3%. El distrito con menos casos es el de Punchana, con 8, que representa el 5,2%.

Gráfico 04

Distribución según distrito de procedencia de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.



Fuente: Tabla 04

Tabla 05

Zona de residencia de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.

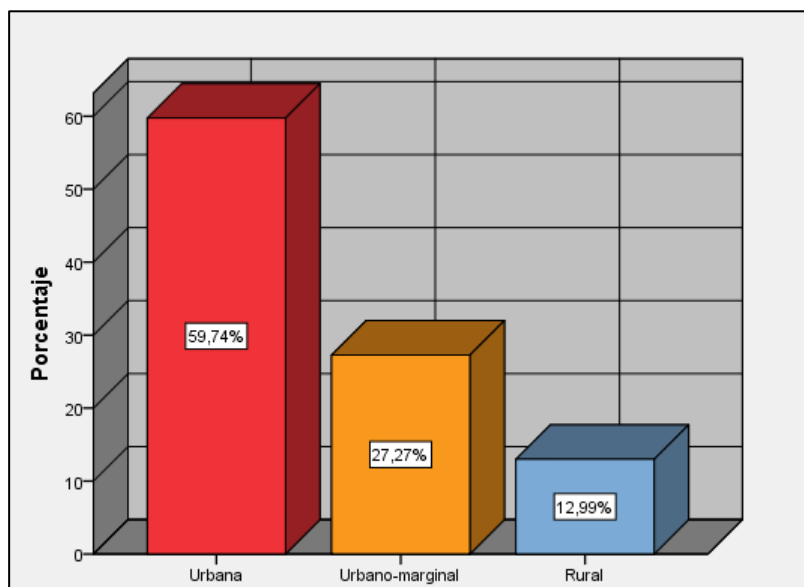
Zona de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	92	59,7
Urbano-marginal	42	27,3
Rural	20	13,0
Total	154	100,0

Fuente: Encuesta

- Del total de 154 casos del estudio, la zona de residencia identificada con mayor frecuencia es la urbana, con 92 casos, que representa el 59,7%, seguido de la zona urbano-marginal con 42 casos, que representa el 27,3%. La zona con menos casos es la rural, con 20 casos, que representa el 13%.

Gráfico 05

Distribución según zona de residencia de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.



Fuente: Tabla 05

II.- Prevalencia de casos que acuden tardíamente

Tabla 06

Tiempo para buscar atención de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.

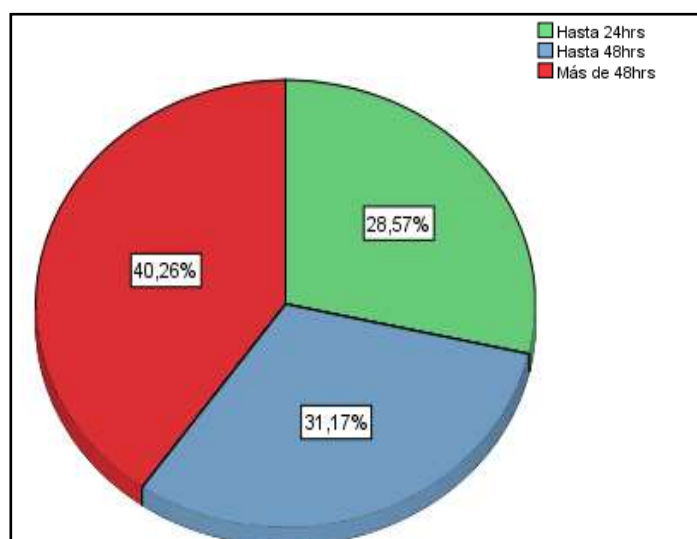
Tiempo para buscar atención	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 24hrs	44	28,6
Hasta 48hrs	48	31,2
Más de 48hrs	62	40,3
Total	154	100,0

Fuente: Encuesta

- Del total de 154 casos del estudio, el tiempo para la búsqueda de atención identificado con mayor frecuencia es el de más de 48hrs, con 62 casos, que representa el 40,3%, seguido del tiempo hasta 48hrs con 48 casos, que representa el 31,2%. El tiempo con menos casos es hasta 24hrs, con 44 casos, que representa el 28,6%.

Gráfico 06

Distribución según tiempo para buscar atención de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.



Fuente: Tabla 06

Tabla 07

Diagnóstico identificado según Tiempo para buscar atención de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.

Diagnóstico	Tiempo para buscar atención			Total	%
	Hasta 24hrs	Hasta 48hrs	Más de 48hrs		
Fractura de húmero	7	1	2	10	6.5
Fractura de fémur	2	0	5	7	4.5
Fractura de clavícula	3	4	6	13	8
Fractura de astrágalo	2	0	1	3	2
Fractura de dedo de pie	2	0	1	3	2
Fractura radio-cubital	0	1	3	4	2.5
Fractura del calcáneo	1	0	2	3	2
Fractura de peroné	0	0	2	2	1
Fractura de radio	1	3	5	9	6
Fractura de tibia	2	0	2	4	2.5
Fractura expuesta de tibia	3	0	2	5	3
Fractura expuesta de dedos de pie	1	1	1	3	2
Fractura de acromion	0	0	1	1	1
Fractura de dedo de mano	0	0	3	3	2
Fractura de maléolo	0	0	1	1	1
Fractura de cúbito	0	2	1	3	2
Fractura de cadera	3	0	1	4	2.5
Consolidación viciosa	0	1	3	4	2.5
Amputación traumática de dedos	1	0	0	1	1
Pseudoartrosis	3	0	4	7	4.5
Osteomielitis	0	1	3	4	2.5
Gonartrosis	3	6	1	10	6.5
Luxación acromioclavicular	1	1	1	3	2
Tendinitis	0	3	3	6	4
Síndrome de hombro doloroso	2	6	2	10	6.5
Contusión	6	12	4	22	14
Esguince de tobillo	1	6	2	9	6
Total	44	48	62	154	100

- Del total de 154 casos del estudio, 62 corresponden a búsqueda tardía, de los cuales, el diagnóstico más frecuente fue el de fractura de clavícula con 6 casos, seguido de las fracturas de fémur y radio con 5 casos cada uno. Del total de casos, los menos frecuentes fueron la fractura de acromion y la amputación traumática de dedos, con 1 caso uno.

Tabla 08

Tipo de lesión identificada según Tiempo para buscar atención de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.

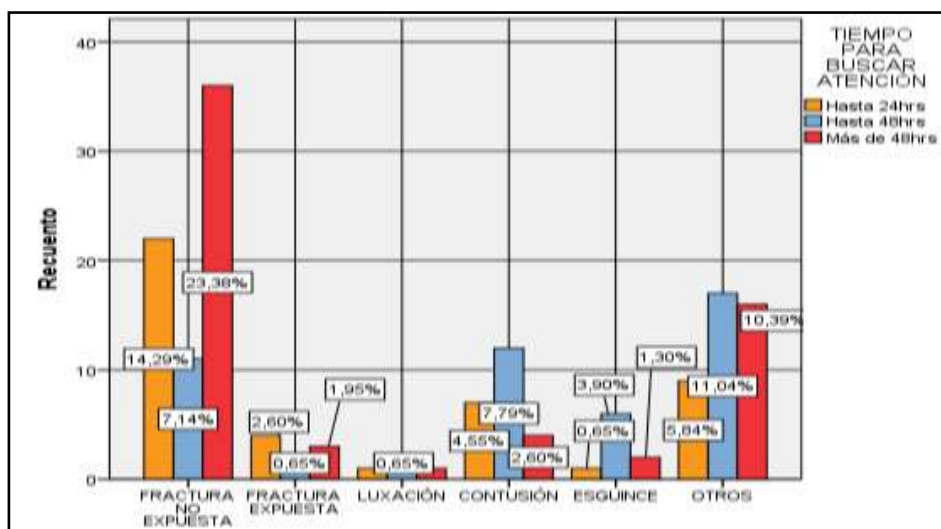
Tipo de lesión	Tiempo para buscar atención			Total	%
	Hasta 24hrs	Hasta 48hrs	Más de 48hrs		
Fractura no expuesta	22	11	36	69	45
Fractura expuesta	4	1	3	8	5
Luxación	1	1	1	3	2
Contusión	7	12	4	23	15
Esguince	1	6	2	9	6
Otros	9	17	16	42	27
Total	44	48	62	154	100

*Otros: Consolidación viciosa (4), Amputación (1), Pseudoartrosis (7), Osteomielitis (4), Gonartrosis (10) Tendinitis (6), Sd. hombro doloroso (10)

- Del total de 154 casos del estudio, 62 corresponden a búsqueda tardía, de los cuales, el tipo de lesión más frecuente es el de fractura no expuesta, con 36 casos, seguido de otros, con 16. La luxación se presenta como el diagnóstico menos frecuente.

Gráfico 07

Distribución del tipo de lesión identificada según tiempo para buscar atención de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.



Fuente: Tabla 8

III.- Razón para la búsqueda tardía

Tabla 09

Razón de búsqueda tardía de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.

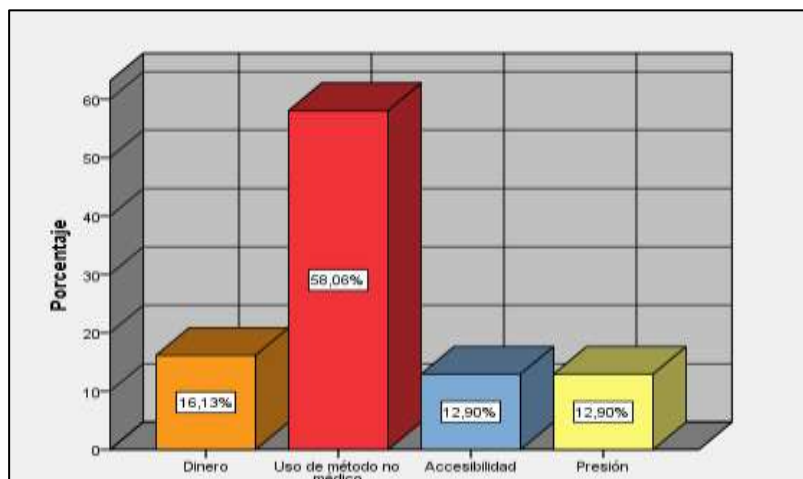
Razón de búsqueda tardía	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje total
Dinero	10	16,1	6,5
Uso de método no médico	36	58,1	23,4
Accesibilidad	8	12,9	5,2
Presión	8	12,9	5,2
Total	62	100,0	40,3

Fuente: Encuesta

- Del total de 62 casos del estudio, la razón de búsqueda tardía identificada con mayor frecuencia el uso de método no médico, con 36 casos, que representa el 58,1%, seguido del dinero con 10 casos, que representa el 16,1%. Tanto la razón de accesibilidad como la de presión, tuvieron 8 casos, que representan el 12,9% respectivamente.

Gráfico 08

Distribución según razón de búsqueda tardía de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.



Fuente: Tabla 09

IV.- Tipo de tratamiento no médico o tradicional usado

Tabla 10

Método no médico usado de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.

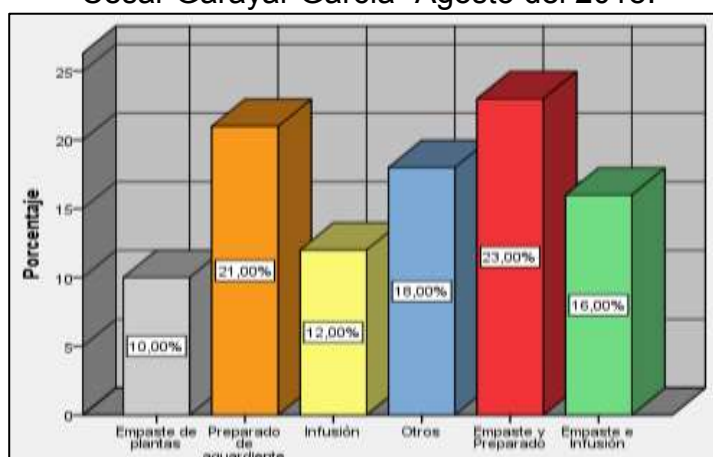
Método no médico usado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje total
Empaste de plantas	10	10,0	6,5
Preparado de aguardiente	21	21,0	13,6
Infusión	12	12,0	7,8
Otros	18	18,0	11,7
Empaste y Preparado	23	23,0	14,9
Empaste e Infusión	16	16,0	10,4
Total	100	100,0	64,9

Fuente: Encuesta

- Del total de 100 casos del estudio, el método no médico usado identificado con mayor frecuencia es la de empaste y preparado, con 23 casos, que representa el 23%, seguido del preparado de aguardiente con 21 casos, que representa el 21%. A otros métodos corresponden 18 casos, que representan el 18%, seguido del empaste e infusión con 16 casos, que representa el 16%. Los métodos menos frecuentes son la infusión y el empaste, con 10 y 12 casos, que representan el 10% y 12% respectivamente.

Gráfico 09

Distribución según método no médico usado de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.



Fuente: Tabla 10

Tabla 11

Tipo de empaste usado de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.

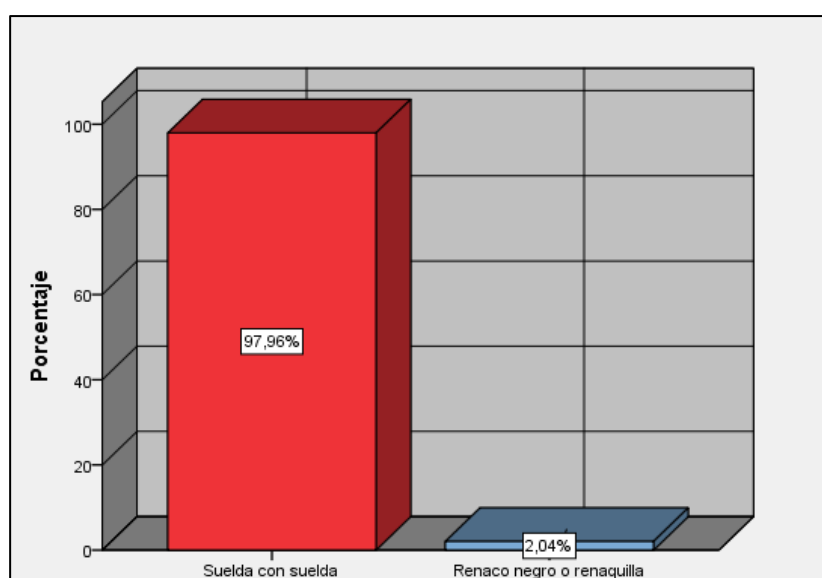
Tipo de empaste usado	Frecuencia	Porcentaje
Suelda con suelda	48	98,0
Renaco negro o renaquilla	1	2,0
Total	49	100,0

Fuente: Encuesta

- Del total de 49 casos del estudio, el tipo de empaste identificado con mayor frecuencia es el de suelda con suelda con 48 casos, que representa el 98%. El tipo renaco negro sólo tiene 01 caso, que representa el 2%.

Gráfico 10

Distribución según tipo de empaste usado de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.



Fuente: Tabla 11

Tabla 12

Tipo de preparado usado de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.

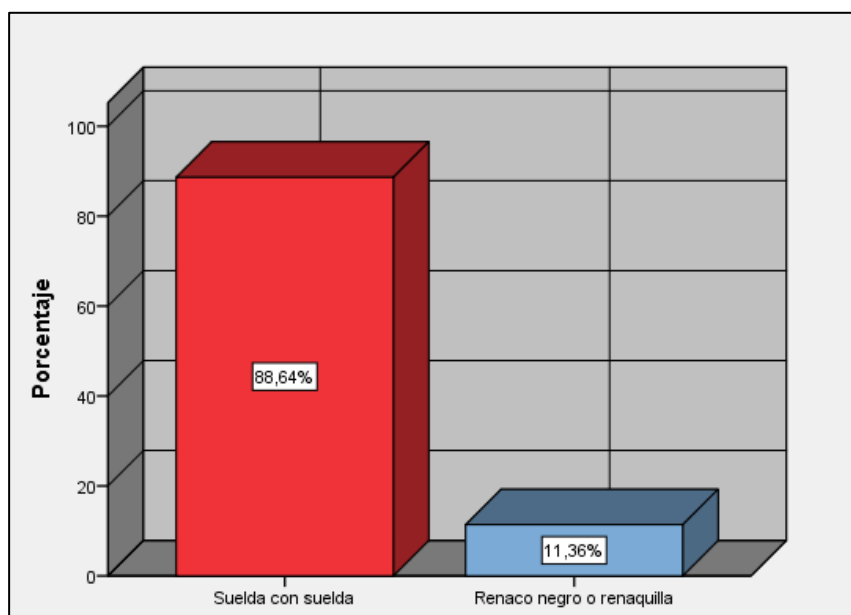
Tipo de preparado usado	Frecuencia	Porcentaje
Suelda con suelda	39	88,6
Renaco negro o renaquilla	5	11,4
Total	44	100,0

Fuente: Encuesta

- Del total de 44 casos del estudio, el tipo de preparado identificado con mayor frecuencia es el de suelda con suelda con 39 casos, que representa el 88,6%. El tipo de renaco negro tiene 05 casos, que representa el 11,4%.

Gráfico 11

Distribución según tipo de preparado usado de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.



Fuente: Tabla 12

Tabla 13

Tipo de infusión usada de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.

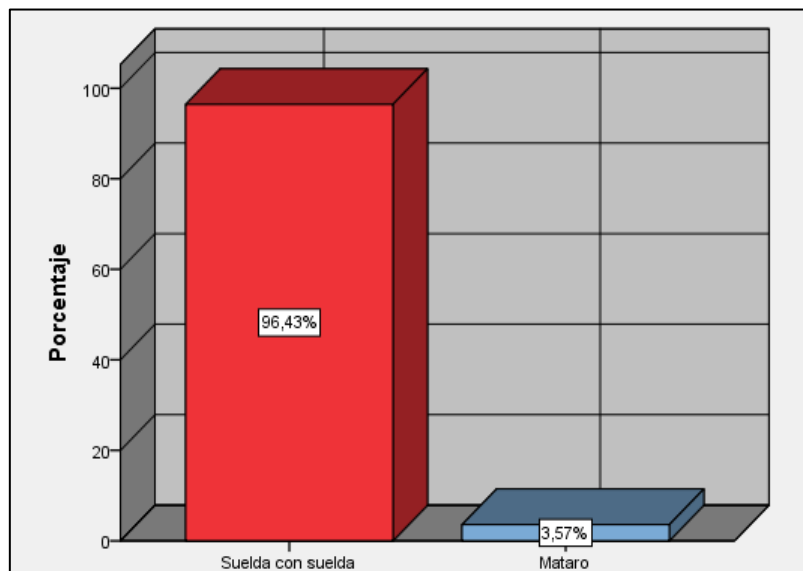
Tipo de infusión usada	Frecuencia	Porcentaje
Suelda con suelda	27	96,4
Mataro	1	3,6
Total	28	100,0

Fuente: Encuesta

- Del total de 28 casos del estudio, el tipo de infusión usada identificado con mayor frecuencia es el de suelda con suelda con 27 casos, que representa el 96,4%. La infusión de mataro tiene 01 caso, que representa el 3,6%.

Gráfico 12

Distribución según tipo de infusión usada de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.



Fuente: Tabla 13

V.- Razón para tratarse con métodos no médicos

Tabla 14

Razón para uso de método no médico usada de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.

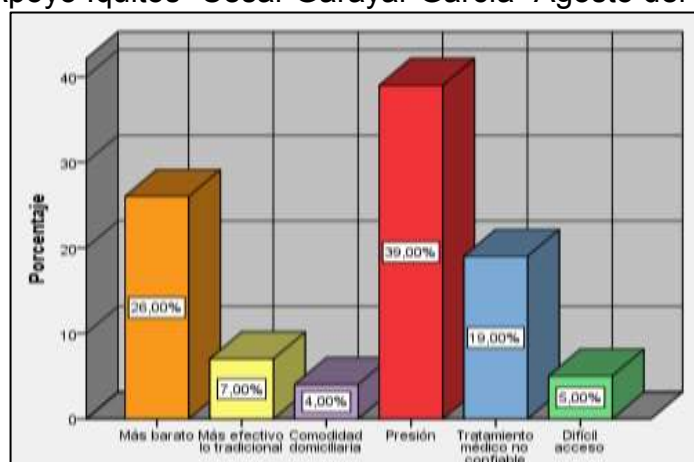
Razón para uso de método no médico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje total
Más barato	26	26,0	16,9
Más efectivo lo tradicional	7	7,0	4,5
Comodidad domiciliaria	4	4,0	2,6
Presión	39	39,0	25,3
Tratamiento médico no confiable	19	19,0	12,3
Difícil acceso	5	5,0	3,2
Total	100	100,0	64,9

Fuente: Encuesta

- Del total de 100 casos del estudio, la razón para uso de método no médico identificada con mayor frecuencia es la presión, con 39 casos, que representa el 39%, seguido de la razón más barato con 26 casos, que representa el 26%. Al tratamiento médico no confiable corresponden 19 casos, que representan el 19%, seguido de más efectivo lo tradicional con 7 casos, que representa el 7%. Las razones menos frecuentes son el difícil acceso y la comodidad domiciliaria, con 5 y 4 casos, que representan el 5% y el 4% respectivamente.

Gráfico 13

Distribución según razón para uso de método no médico de los casos que acudieron a los consultorios de traumatología y ortopedia del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Agosto del 2018.



Fuente: Tabla 14

Discusión

La mayor parte de la bibliografía consultada refiere casos de problemas traumatológicos en adultos mayores, lo cual difiere de lo encontrado en esta investigación, ya que se evidencia una mayor cantidad de casos con una edad comprendida entre los 30 y los 59 años, que corresponde a la caracterización en el grupo etario adulto.

En función del sexo, se evidencia una mayor cantidad de casos de sexo masculino, lo que afirma la investigación realizada que señala que los pacientes que acuden por afecciones traumatológicas en su mayoría son varones. Conuerdo con la investigación realizada por Reyes M. que en su trabajo de 1993 en el Hospital Regional de Loreto señala que el sexo masculino prevaleció en un 77%.

En función al grado de instrucción, se evidencia una mayor cantidad de casos de primaria, lo cual evidencia el bajo nivel educativo alcanzado por la población. Conuerdo con lo señalado por Rickard, Hall y Bullock, quienes refieren que se debe incorporar la competencia cultural como estándar de cuidado para los pacientes, pues esto determina la búsqueda de ayuda oportuna.

En función al distrito de procedencia y zona de residencia, se evidencia una mayor cantidad de casos procedentes del distrito de San Juan, y de zona urbana, lo que está determinado por la cercanía al hospital y además como se sabe el Hospital Apoyo Iquitos se encuentra en un área en el que reside la mayor parte de la población de Iquitos como son los distritos de San Juan Bautista y Belén. Discrepo con la investigación realizada por Reyes M. que en su trabajo de 1993 en el Hospital Regional de Loreto señala que el 58% de los casos procedían de zona marginal.

En función al tiempo para buscar atención, se evidencia una mayor cantidad de casos de más de 48hrs, lo que está determinado en su mayor parte por la

propia cultura de la población, que ve con cierta duda la atención médica-traumatológica, concordando con lo señalado por Romero, Ramos y Ábalos, quienes refieren que la demora en decidir buscar atención, depende de las oportunidades del paciente y de su entorno para reconocer una complicación, así como de la información que posee acerca de dónde acudir.

En función a la razón de búsqueda tardía, se evidencia una mayor cantidad de casos de uso de método no médico, lo cual refleja la adherencia que tiene la población por optar por métodos no médicos para dar solución a su problema de salud. Además, en función al método no médico utilizado, se evidencia mayor cantidad de casos de uso de empaste de plantas y preparado de aguardiente, lo que evidencia que el uso de métodos no médicos es bastante común en la población, ya sea para tratarse de inicio, o como tratamiento complementario, concordando con lo señalado por Arredondo F., quien refiere que la población suele adoptar un comportamiento sincrético e integral mediante la utilización de medicalización bidireccional entre la medicina tradicional y la moderna.

En función a la razón para el uso de método no médico, en el presente estudio se evidencia una mayor cantidad de casos de presión, ya sea familiar (principalmente) o amical, lo que evidencia la duda constante en la población, sobre qué tipo de tratamiento es el mejor. Este dato coincide con lo señalado por Thaddeus y Maine, que refieren que dentro de las barreras más comúnmente estudiadas y discutidas es el factor sociocultural y que el aumento de la disponibilidad de los servicios no siempre aumenta el uso de los mismos.

Conclusiones

- El grupo etario con más casos identificados fue el de adulto, evidenciado por su porcentaje cercano a la mitad del total, lo cual difiere de la consideración general de que el grupo etario adulto mayor es el que tiene más casos traumatológicos.
- El sexo identificado con mayor frecuencia es el masculino, doblando en cantidad a los casos de sexo femenino, lo que evidencia lo mostrado en todos los estudios investigados, que señalan que los varones presentan más alteraciones traumatológicas que las mujeres.
- El grado de instrucción con más casos fue el de primaria, con más de la mitad de los casos, lo cual es preocupante ya que demuestra el bajo nivel educativo alcanzado por la mayoría de los casos, siendo una situación tan común en la región, que también determina las diferencias culturales.
- El tiempo de búsqueda de atención con más casos es el de más de 48hrs, lo cual es preocupante al representar más de la tercera parte de los casos que acuden de manera tardía a la atención médica.
- Los casos que llegan a los consultorios son variados, llegando a 27 diagnósticos diferentes en el tiempo de estudio. El tipo de lesión más frecuente entre todos los casos fue el de fractura no expuesta, y así mismo, este tipo fue el más frecuente entre los casos de búsqueda tardía.
- La razón de búsqueda tardía más frecuente es el uso de tratamiento no médico, abarcando casi las dos terceras partes de los casos. Así mismo, un considerable número de casos optó por la razón otros, señalado por todos al llamado comúnmente “sobador”, lo cual es muy preocupante al ser tan significativo el porcentaje de ambas razones, reflejando la gran problemática que existe aún en la región por esta realidad.

- El método no médico más utilizado es el del empaste con el preparado, seguido del preparado de aguardiente, y el componente utilizado en casi el total de casos fue la planta suelda con suelda, lo cual evidencia un gran porcentaje de casos que opta por el uso de métodos tradicionales y de la planta mencionada, mostrando la marcada adherencia al uso de estos métodos.
- La principal razón para el uso del tratamiento no médico es la presión, ya sea familiar o amical, lo cual evidencia la gran importancia que tiene en la población, la información o experiencias previas que pueden tener sus allegados para la creación de duda en el paciente por optar por el método médico.

Recomendaciones

- Se deben realizar estrategias en salud preventiva para que exista mayor vigilancia por parte del personal de salud al informar a la población sobre los problemas que acarrea no tratarse médicamente.
- Se sugiere reafirmar el sistema integral de salud, que facilite oportunamente el interés por el tratamiento médico, principalmente para las lesiones que requieran intervenciones quirúrgicas que son las que implican la causa de mayor tiempo de incapacidad y estancia.
- Sería lo ideal que las guías de práctica clínica, orienten a los profesionales de salud sobre cómo afrontar mejor nuestra realidad, lo que conllevaría a una mejor relación médico-paciente, siendo el principal enganche para que la población acuda a la atención médica.
- Así mismo, se debe introducir el enfoque intercultural en la atención externa, educando a los operadores de salud para conocer la cosmovisión de la población y realizar un diálogo intercultural adecuado; una sinergia entre lo médico y lo tradicional, de esa manera lograr un mejor enlace y evitar conflictos que alejen más al usuario, una prioridad en salud.

Referencias Bibliográficas

1. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. “Estado de la Población Peruana 2015”. Lima, Perú. 2016
2. OIT: Consejo de Administración. 317.ª reunión [Internet]. Ginebra: OIT; 2013. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/--relconf/documents/meetingdocument/wcms_214427.pdf
3. Instituto Nacional de Rehabilitación. [Internet]. Sala Situacional Primer Trimestre 2014. Disponible en: http://www.inr.gob.pe/transparencia/SalaSituacional/2014/sala_situacional_i_trimestre_2014.pdf
4. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. “Análisis de los accidentes de tránsito ocurridos en el 2014”. IV Censo Nacional de Comisarías 2015, Resultados Definitivos. Lima, Perú. 2015
5. Reyes Ferrer Miguel. Aspectos epidemiológicos de las fracturas en el hospital regional de Loreto. Tesis para optar el título de médico cirujano. UNAP.1993
6. LLORENTE J, SACONA U. Investigación aplicada a la educación intercultural bilingüe: algunas reflexiones epistemológicas. Helsinki, Finlandia. 2012
7. GARCIA ELJ, BOUTHELIER LU, CORDÓN AS. TRAUMATISMOS: GENERALIDADES DE LAS FRACTURAS Y FRACTURAS CON REPERCUSIÓN CLINICA QUE PUEDEN PASAR DESAPERCIBIDAS. [citado 7 de septiembre de 2016]; Disponible en: <http://aragon-psicodermatologia.org/app/download/5784841095/TRAUMATISMOS+GENERALIDADES+DE+LAS+FRACTURAS.pdf>
8. Reátegui Zevallos NV. Guía de análisis de movimiento patológico para evaluación post tratamiento quirúrgico de fractura de fémur. 2014 [citado 8 de septiembre de 2016]; Disponible en: <http://www.repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/89>
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prevention and management of hip fracture in older people: a National Clinical Guideline. Edinburgh, UK: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2002.
10. Avellana J, Ferrández L. Guía de la buena práctica clínica en geriatría: anciano afecto de fractura de cadera. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, Elsevier Doyma; 2007.
11. Siegmeth AW, Gurusamy K, Parker MJ. Delay to surgery prolongs hospital stay in patients with fractures of the proximal femur. J Bone Joint Surg Br. 2005;87(8):1123-6.
12. Rikard RV, Hall JK, Bullock K. Health literacy and cultural competence: A model for addressing diversity and unequal access to trauma-related health care. Traumatology. 2015;21(3):227-36.
13. Palomino L., Ramírez R., Vejerana J., Ticse R., “Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú”. Acta Med Perú. 2016;33(1):15-20

14. SIEGMETH W., GURUSAMY K., PARKER M. J. "Delay to surgery prolongs hospital stay in patients with fractures of the proximal femur". The Journal of bone & joint surgery. British Editorial Society of Bone and Joint Surgery. 2005
15. OROSZ G., MAGAZINER J., HANNAN E. "Association of Timing of Surgery for Hip Fracture and Patient Outcomes" JAMA, April 14, 2004—Vol 291, No. 14
16. Ardila Pinto F, Martínez S, Fuentes M, Borrero E. Análisis de las demoras en salud en personas que enfermaron de gravedad o fallecieron por dengue en cinco ciudades de Colombia. Physis Rev Saúde Coletiva. junio de 2015;25(2):571-92.
17. ARREDONDO F. "Dualidad simbólica de plantas y animales en la práctica médica del curandero-paciente en Huancayo". [Tesis magistral]. Lima, Perú. Escuela de graduados, Pontificia Universidad Católica del Perú. 2006
18. Mabit J. Articulación de las medicinas tradicionales y occidentales: el reto de la coherencia. Mem Semin-Taller Reg Sobre Políticas Exp En Salud E Intercult Quito Ecuad Cent Takiwasi [Internet]. 2004 [citado 27 de septiembre de 2016]; Disponible en: http://www.takiwasi.org/docs/arti_esp/articulacion_medicinas.pdf
19. MEJÍA K., RENGIFO E. "Plantas Medicinales de Uso Popular en la Amazonía Peruana" AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL (AECI). INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DE LA AMAZONÍA PERUANA (IIAP). Proyecto Araucaria Amazonas Nauta. Lima, Perú. 2da Edición. 2000
20. THADDEUS S., MAINE D. "Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context". Sm. Sci. Med. Source: PubMed. Vol. 38. No. 8, pp. 1091-1110, 1994
21. Romero M, Ramos S, Ábalos E. Modelos de análisis de la morbi-mortalidad materna. Hojas Inf Obs Salud Sex Reprod B Aires [Internet]. 2010 [citado 12 de octubre de 2016]; Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/Hoja_Informativa_OSSyR_03.pdf
22. MIRALLES R. "Medicina tradicional en los países en desarrollo." Cirugía Ortopédica y Traumatología en zonas de menor desarrollo. Centre de Cooperació al Desenvolupament, URV Solidaria. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, España.
23. ESTRELLA E. "Plantas medicinales amazónicas. Realidad y perspectivas". Tratado de Cooperación Amazónica, Secretaría Pro Tempore. Lima, Perú. 1994
24. DÍAZ A, PÉREZ V, GONZÁLEZ C. Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. Ciencia y enfermería (1): 9-16. Universidad de Concepción. Chile. 2004
25. FRÍAS M. "Protocolo docente de Cirugía ortopédica y traumatología". Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Ramón y Cajal. 2003
26. Organización Mundial de la Salud [base de datos en línea]. Fecha de acceso 26 de setiembre de 2018. URL disponible en http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/

27. OPS, Serie Informes Técnicos, 622, 1978. p. 7 y 8. citado por OPS – OMS, Serie de los Pueblos Indígenas No. 15. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los maya de Guatemala, p. 8.
28. Organización Panamericana de la Salud. Instituto interamericano de derechos humanos. Medicina indígena tradicional y Medicina convencional. San José. Costa Rica. 2006
29. MORALES EC. Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente? Rev Medica Hered. 2015;12(3):96.
30. HERNÁNDEZ S. Conceptos básicos en rehabilitación. MEDICINA DE REHABILITACIÓN EN CUBA. [en línea] Fecha de acceso 26 de setiembre de 2018. URL disponible en <http://www.sld.cu/sitios/rehabilitacion/temas.php?idv=615>
31. Diccionario de la lengua española. Vigésima primera edición. Real Academia Española. Ed Espasa Calpe, S.A. Madrid. 1995
32. Organización Mundial de la Salud: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 2001
33. LANTIS K, GREEN C. “La calidad de la atención y los proveedores del servicio”. Nuevas perspectivas sobre la calidad de la atención. POPULATION COUNCIL Y POPULATION REFERENCE BUREAU. Setiembre 2018.
34. RODRIGUEZ P. “La atención integral y centrada en la persona”. Colección Papeles de la fundación Pilares para la autonomía personal. N°01. 2013

ANEXO 1

Identificador de encuesta :

Fecha:

FACTORES PARA LA BÚSQUEDA TARDÍA DE ATENCIÓN MÉDICO-TRAUMATOLÓGICA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS. AGOSTO DEL 2018.

Características sociodemográficas

Edad :

Sexo:

Grado de instrucción : Primaria Secundaria Superior

Distrito de procedencia: Iquitos San Juan Belén Punchana Otros

Zona de residencia : Urbana Urbano-marginal Rural

*Diagnóstico médico: _____

1.- ¿Qué tiempo tardó en buscar atención medica-traumatológica?

Hasta 24hrs

Hasta 48hrs

Mas de 48hrs

2.- Si tardó más de 48 hrs. ¿Cuál fue la razón de su búsqueda tardía?

Dinero Uso de método no médico Accesibilidad Presión Otro _____

3.- ¿Cuál (es) es el método no médico que utilizó?

a.- Empaste de plantas: Suelda con suelda
 Renaco negro o renaquilla
 Otros _____

b.- Preparados de aguardiente: Suelda con suelda
 Renaco negro o renaquilla
Otros _____

c.- Infusiones: Suelda con suelda
 Mataro

d.- Otros _____

4.- ¿Cuál es la razón por la que decidió usar un tratamiento no médico?

Más barato Más efectivo lo tradicional Comodidad domiciliaria
Presión Tto médico no confiable Mal trato en CS
Difícil acceso Otros _____

ANEXO 2



HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION

CONSTANCIA N° 063-CIEI-HICGG-2018

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" Certifica que el Proyecto de Investigación señalado a continuación fue **APROBADO**, para el consentimiento del estudio, siendo catalogado como un **ESTUDIO CON RIESGO BAJO**, visto el resumen y los objetivos del Proyecto, se detalla los siguientes datos :

Título del Proyecto: "Factores para la búsqueda tardía de atención médico-traumatológica en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar Garcia" agosto 2018.

Consentimiento Informado: Versión – 10 de agosto de 2018

Código de Inscripción: 063-ID-COMITÉ DE ETICA HICGG – 2018

Modalidad de Investigación: Extra Institucional

Investigador (s): Bach. Luis Carlos Arévalo Córdova
Investigador Principal, Bach. FM, UNAP

Asistente de Investigación: Bach. Luis Carlos Arévalo Córdova
Asistente Investigador
(Enrolamiento y toma de datos de H.C.)

La APROBACION considera el cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud, las Prioridades Regionales de Investigación, el balance riesgo/beneficio, y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a las plazos y normas establecidas. El Investigador alcanzara un informe final al término de este. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta la culminación del estudio materia de investigación, Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Iquitos, 12 de setiembre del 2018

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

MELIBUENOS, J. FRANCISCO SALDONADO
COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION

E:mail:comiteeihicgg@hotmail.com

ANEXO 3

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO

NOMBRE DEL EXPERTO : Carlos Alberto Riva Ríos
ESPECIALIDAD : Benigna ortopedia y traumatología
D.N.I.: 077562371 C.M.P.: 33926 / R.N.E.: 29852

Por medio de la presente, hago constar que realicé la revisión del cuestionario elaborado por el Bachiller en Medicina Luis Carlos Arévalo Córdova, quien está realizando un trabajo de investigación titulado "Factores para la búsqueda tardía de atención médico-traumatológica en el Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García". Agosto del 2018". Luego de las correcciones efectuadas, considero que dicho cuestionario es válido para su aplicación.

Iquitos, 30 de Julio del 2018


CARLOS ALBERTO RIVA RÍOS
MEDICO CIRUJANO
CIRUGIA ORTOPEDICA / TRAUMATOLOGIA
CMP. 33926 RNE. 29852
Sello y Firma

ANEXO 4

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO

NOMBRE DEL EXPERTO : Marcos Antonio Cahuaza Chuguitab.
ESPECIALIDAD : Traumatología / Ortopedia
D.N.I.: 053499241 C.M.P.: 33711 / R.N.E.: 17326

Por medio de la presente, hago constar que realicé la revisión del cuestionario elaborado por el Bachiller en Medicina Luis Carlos Arévalo Córdova, quien está realizando un trabajo de investigación titulado "Factores para la búsqueda tardía de atención médico-traumatológica en el Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García". Agosto del 2018". Luego de las correcciones efectuadas, considero que dicho cuestionario es válido para su aplicación.

Iquitos, 30 de JULIO del 2018

GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES
Dirección Regional de Salud
Hospital Iquitos "César Garayar García"

MARCOS CAHAZA CHUGUITAB
TRAUMATOLOGÍA - ORTOPEDIA
CMP 33711 - RNE 17326

Sello y Firma