

11209
90
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
H.G. DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO
I. S. S. S. T. E.**

**AUTOMEDICACION:
Y SUS CONSECUENCIAS
EN EL DOLOR ABDOMINAL.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DRA. ROSA MARIA OJEDA AVILA
FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D. F.

1995



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO

CIRUGIA GENERAL

AUTOMEDICACION: Y SUS CONSECUENCIAS EN EL DOLOR ABDOMINAL

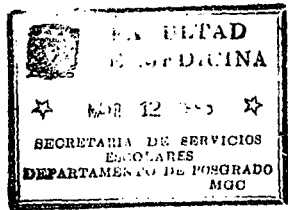
PRESENTA:

DRA. ROSA MARIA OJEDA AVILA
RESIDENTE DEL TERCER AÑO DE CIRUGIA GENERAL

TUTOR DE TESIS:

DR. JOSE MARIA ZUBIRAN MORENO
TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL

MEXICO, D.F., ENERO DE 1995

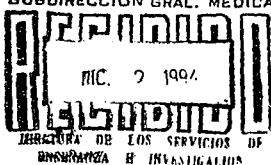


DR. JOSE MARIA ZUBIRAN MORENO
TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA
GENERAL

DR. JOSE MARIA ZUBIRAN MORENO
ASESOR DE TESIS

DR. JOSE LUIS FERNANDEZ FERNANDEZ
JEFE DEL SERVICIO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

I. S. S. S. T. A.
SUBDIRECCION GRAL. MEDICA



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL
DARIO FERNANDEZ
JEFE DEL SERVICIO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

A DIOS

Que me dió la vida, me permitió
realizar mis sueños, tener fé,
conocer todas las bellezas que
existen en el mundo y a través
de mi profesion las maravillas
que se pueden realizar.

EN MEMORIA A MI MADRE

Que me permitió conocer a Dios
a través de sus enseñanzas, y
gracias a ese gran espíritu,
aprendí a enfrentar con valentía
la vida, a ser fuerte, no decaer,
ser perseverante y conservar siempre
una esperanza, muestra de ello fué
el gran amor que nos profesó.

INDICE

RESUMEN	
SUMMARY	
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	3
MARCO DE REFERENCIA	4
GENERALIDADES:	7
DOLOR ABDOMINAL	
MEDICAMENTOS MAS UTILIZADOS	
ANALGESICOS	
ANTICOLINERGICOS	
ANTIBIOTICOS	
ANTIINFLAMATORIOS	
ANTIACIDOS	
ANTIPARASITARIOS	
ANTIEMETICOS	
OBJETIVOS	16
ESPECIFICOS	
GENERALES	
MATERIAL Y METODO	17
RESULTADOS	18
DISCUSION	33
CONCLUSIONES	39
SUGERENCIAS	40
BIBLIOGRAFIA	41

RESUMEN

Durante los meses de enero de 1993 a mayo de 1994 ingresaron al Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández Fierro de la Ciudad de México, 386 pacientes con diagnóstico de Síndrome abdominal agudo de los cuales, el 22.2% (85 pacientes) ingirieron medicamentos de diversa índole no prescritos por un facultativo; lo que retrasará el diagnóstico definitivo oportuno alargando a éste el tiempo de tratamiento quirúrgico.

Se concluye que la automedicación es un factor que pone en peligro la vida.

SUMMARY

Between Jan/93 may 94, were admitted at the emergency room of the Dr. Dario Fernández Fierro Hospital (ISSSTE) Mexico City 386 patients with the diagnosis of acute abdominal syndrome 22.2% (85 patients) underwent through self medication without being seen previously by a physician. We found out that this procedure, delay's a prompt diagnosis and an adequate Treatment.

Thereby we conclude that self medication puts life in jeopardy.

INTRODUCCION

A través del tiempo y desde la aparición del hombre, ha existido la preocupación por preservar la salud valiéndose de recursos de diversa índole, siendo éstos en un principio netamente empíricos y sin fundamentación alguna; posteriormente con el desarrollo científico se descubrieron o sintetizaron diversas sustancias con efectos específicos para determinadas enfermedades, las cuales requieren de dosificación precisa ya sea por sus efectos nocivos o colaterales, sin embargo, haciendo caso omiso de lo anterior gran parte de la población ha utilizado por mucho tiempo infinidad de medicamentos sin prescripción médica y con desconocimiento total de los efectos de los mismos; esto en gran medida es consecuencia de la comercialización cada vez más intensa, la cual no ha respetado ningún área y la industria farmacéutica no es la excepción, siendo dirigida a las grandes masas de la población con el apoyo de los medios de difusión los cuales tienen amplia cobertura que incluye no solo las grandes ciudades, sino aún los pueblos más aislados, teniendo como blanco perfecto individuos con niveles de escolaridad mínimo, que es en quienes se observa mayor aceptación por ser presa fácil de esta influencia.

Existen otros factores que determinan la automedicación, como es la escasa vigilancia o control sanitario que se realiza en las farmacias, en donde se expenden toda clase de medicamento a quien lo solicite, ya que en muchos casos el no presentar receta no representa impedimento alguno para obtener el medicamento solicitado. Por otro lado, en algunos establecimientos que no son propiamente farmacias sino tiendas de abarrotes o misceláneas e incluso centros comerciales, se expenden algunos medicamentos que son vendi-

dos sin autorización.

El presente trabajo nació de la inquietud al observar la gran cantidad de complicaciones que aparecen al automedicarse en la presencia de dolor abdominal; cuyo tratamiento futuro, es quirúrgico. Fenómeno que se presenta en casi todos los individuos de las diferentes clases sociales, pero que sin embargo a pesar de ser un hecho sumamente frecuente, no se le ha dado la importancia que realmente merece.

Así pues el presente trabajo no pretende demostrar que la automedicación se efectúa, sino reconocer las repercusiones que esto implica en la evolución del padecimiento.

JUSTIFICACION

El Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro ofrece -- atención médica de urgencia las 24 horas del día a sus derechohabientes y público en general; enfermos de ambos sexos de todas las edades y con una gran gama de patologías. Esta investigación trata de enfocarse al síndrome doloroso abdominal y es de llamar la atención que un porcentaje elevado de dichos enfermos, acude al servicio de urgencias con un "tratamiento médico" preestablecido otorgado, en forma empírica, ya sea por automedicación o por un no facultativo de la medicina, lo que provoca, un "agravamiento" o complicación del problema de base. Esto conlleva a lo que ya todos conocemos: mayor estancia intrahospitalaria, mayor de rogación económica, más días de incapacidad, etc.

Es por ello, que todo aquel profesionista de la salud, debe -- conocer y reconocer dicho problema para tratar de evitarlo de --- cualquier modo a través de la publicidad y/o de los servicios de -- medicina preventiva.

MARCO DE REFERENCIA

La información científica existente sobre la automedicación es muy escasa, ya que gran parte de ella se refiere a los efectos de un medicamento específico con fines terapéuticos pero sin conocimiento de los riesgos de una sobredosificación o dosificación insuficiente, así mismo los temas que sobre ella se refieren no hablan de patologías específicas donde se emplee esta práctica, lo que si es bien cierto es que este fenómeno se ha realizado desde épocas remotas (1), sin embargo, esta información no se enfoca en forma genérica de manera que comprenda la acción misma de la automedicación y que analice el fenómeno como hecho frecuente e incluso cotidiano, así como valorar significancias y repercusiones. La información que hace énfasis en este aspecto aunque mínima, es válida como antecedente científico para lo que pretende esta investigación; encontrando al respecto lo siguiente:

La automedicación se realiza generalmente, cuando el paciente considera que su enfermedad es leve o mínima y no requiere de la atención de un médico (2), ingiriendo medicamentos que en ocasiones anteriores ha tomado y que le fueron indicadas por facultativos, o conocidos por experiencia propia o bien medicamentos nuevos para el y que ingieren por influencia publicitaria u otras personas, siendo una de las principales el farmacéutico o empleado de la farmacia el cual se ha observado que tiene influencia en la comunidad (3) desempeñando un papel determinante en la práctica de la automedicación ya que en muchas ocasiones, se le atribuyen cualidades superiores a las del mismo médico no solo en cuanto a conocimientos sino es considerado asesor o consejero familiar, esto está determinado por varios factores entre los cuales se men--

ciona como más importantes el económico, ya que acudir con el farmacéutico no implica gastos de consulta (4), el social en el cual la identificación recíproca de este individuo con la comunidad y la creencia de la gente de que el farmacéutico tiene estudios médicos lo hacen ser aún más aceptado.

En ocasiones el paciente adopta una actitud expectante (5), y el propósito de la automedicación es el de evitar acudir con el médico, esto es si la sintomatología cede con lo ingerido, pero de lo contrario acude con el facultativo propiciada esta actitud por la influencia publicitaria. En otras ocasiones el paciente con un sentimiento de capacidad para cuidarse y autorecetarse (6), presupon e el manejo de su enfermedad por considerarla similar o idéntica a otras que ha padecido o a visto padecer a ciertas personas.

Los factores sociales (7) son determinantes para que se practique la automedicación; el nivel socio-económico bajo que determina que la población de escasos recursos y que por consecuencia viva precariamente, no pueda solventar los gastos que la atención médica implica, más aún cuando no tiene acceso a la atención médica institucional y socializada. Muchas veces la lejanía de los servicios médicos sobre todo en el medio rural propician esta práctica; esto se ha observado en las comunidades en desarrollo (8) en donde el nivel bajo en cuanto a escolaridad es importante como se ha visto en nuestra población, donde se han realizado investigaciones al respecto, encontrando en gran parte de las casas habitación tienen medicamentos no prescritos por médicos e incluso productos médicos tradicionales, que se utilizan cuando se presentan determinadas enfermedades.

Otro factor determinante en alto grado de la automedicación -

es el error común de alterar las dosis (9) las cuales son prescritas por el médico pero que el paciente aumenta o disminuye por considerar insuficiente o exagerado el tratamiento establecido, ignorando los riesgos que esto implica.

La práctica de la automedicación se efectúa también en forma constante en los pacientes derechohabientes debido, a que en nuestras prescripciones exageramos las cantidades de las cajas de medicamentos, cuando el padecimiento tenía una evolución corta y no era necesario por lo que el paciente hace su propia farmacia y con sencillez se automedica inclusive sin costo alguno, por lo que en el presente trabajo podremos observar que la mayoría de los medicamentos son los prescritos por nuestras unidades.

GENERALIDADES

DOLOR ABDOMINAL

Son pocas las afecciones abdominales que requieren una intervención quirúrgica tan urgente, que impidan el estudio ordenado, no importa lo grave que esté el paciente (13).

La intervención precisa del dolor abdominal agudo es una de las tareas más difíciles a la que se enfrenta el médico. Como el tratamiento adecuado requiere de medidas inmediatas, él no puede darse el lujo de un prolongado procedimiento diagnóstico (12).

DEFINICION.- El dolor es la manifestación subjetiva más común. Es el más constante y apreciado medio con el que el organismo manifiesta el establecimiento de un estado patológico. Sherrington lo describe como: "el integrante psíquico de un reflejo protector imperativo" (10). Es la sensación predominante por la cual el ser humano juzga que está enfermo (11).

Hay tres tipos distintivos de dolor abdominal: visceral, somático (profundo) y referido.

DOLOR VISCERAL.- Su origen se localiza en órganos abdominales cubiertos por peritoneo visceral y las fibras de nervios aferentes viscerales conducen los impulsos a la médula espinal. Los estímulos adecuados para el dolor visceral son los que se originan en su propio medio, es decir, estados patológicos de las vísceras, esto es, aumento en la tensión de la pared de las vísceras huecas por distensión o contracción espástica, distensión de las cápsulas de vísceras sólidas, isquemia y algunas sustancias químicas. La inflamación y la isquemia reducen el umbral para el dolor, de manera que las contracciones musculares normales que de ordinario no se percibirían ocasionan dolor. Algunos receptores al dolor se han

clasificado como quimiorreceptores, y el que produce la isquemia, se ha atribuido a mayores concentraciones de iones hidrógeno. El dolor debido a inflamación es ocasionado por el aumento de péptidos algésicos derivados de la bradicinina que activan a los receptores para el dolor en una forma más o menos selectiva.

Las prostaglandinas facilitan el efecto de la bradicinina, y este mecanismo es inhibido por la aspirina.

El dolor visceral tiende a ser bastante difuso y mal localizado, tiene un umbral alto y una velocidad de adaptación demasiado lenta; el dolor visceral intenso o somático profundo conlleva -- otras respuestas notorias que al parecer se debe a reflejos autonómicos. Estas son sudación; náusea, a veces con vómito; taquicardia o bradicardia, hipotensión arterial, hiperalgesia cutánea, hiperesia o hipersensibilidad; y contracciones espásticas involuntarias de la musculatura de la pared abdominal.

DOLOR SOMÁTICO. - Se origina en la pared abdominal, sobre todo el peritoneo parietal, la raíz del mesenterio y el diafragma, es mediado por aferentes somáticas en nervios raquídeos segmentarios. En su mayor parte es más agudo y más claro que el visceral; está bien localizado cerca del sitio de la estimulación; y cuando se origina en un lado de la línea media, también se lateraliza.

DOLOR REFERIDO. - Es originado por padecimientos viscerales que dan lugar a dolor localizado en zonas más superficiales del organismo, a menudo a una distancia considerable de la víscera enferma.

ANTECEDENTES. - En la investigación del dolor se debe definir sitio o carácter, intensidad, localización, irradiaciones, duración, factores que lo desencadenan y síntomas que lo acompañan, factores que lo disminuyen y evolución (13)

CAUSAS DEL DOLOR ABDOMINAL

I. Inflamación

A. Peritoneo

1. Peritonitis química y no bacteriana- úlcera péptica perforada, vesícula biliar, quiste ovárico roto, miotelschmerz.
2. Peritonitis primaria-neumocócica, estreptocócica, tuberculosa, víscera hueca perforada-estómago, intestino, vías biliares.

B. Vísceras huecas

1. Apendicitis
2. Colecistitis
3. Úlcera péptica
4. Diverticulitis de Meckel
5. Diverticulitis

C. Vísceras sólidas

1. Pancreatitis

II. Mecánica (obstrucción, distensión aguda)

A. Vísceras huecas

1. Obstrucción intestinal-adherencias, hernias, tumores, vólvulo, intususcepción
2. Obstrucción biliar-cálculos, tumor, quiste del colédoco, hematóbilis

B. Mesenterio

1. Torsión del epiplón

C. Organos pélvicos

1. Quiste ovárico
2. Embarazo ectópico

III. Vasculares

A. Hemorragia intraperitoneal

1. Embarazo ectópico roto

B. Isquemia

1. Trombosis mesentérica (13)

MEDICAMENTOS MAS UTILIZADOS.- A continuación se mencionan algunos medicamentos más usados en la práctica de la automedicación, agrupándolos de la siguiente manera:

- 1) Analgésicos
- 2) Anticolinérgicos
- 3) Antibióticos
- 4) Antiinflamatorios
- 5) Antiácidos
- 6) Antiparasitarios
- 7) Antieméticos
- 8) Otros

ANALGESICOS.- Los analgésicos se clasifican en: a) Salicilatos. - b) Otros ácidos orgánicos. c) Derivados del para-aminofenol. d) Derivados de la pirazolona y e) El propoxifeno que aunque química y farmacológicamente es más similar a los narcóticos se clasifica dentro de este grupo.

Acido acetilsalicílico. Del primer grupo de analgésicos mencionados es el más utilizado. Los salicilatos son absorbidos rápida y completamente en el estómago e intestino delgado superior. Este analgésico tiene múltiples efectos como son: analgésico propiamente que mitiga el dolor muscular, vascular, inflamatorio, tensional artrítico, etc.; antipirético, la caída de la temperatura se debe a la dilatación de los vasos sanguíneos superficiales con aumento de la disipación de calor. La acción de la aspirina actúa principalmente en la periferia. Así, impidiendo la síntesis y liberación de las prostaglandinas en la inflamación, la aspirina puede evitar la sensibilización de los receptores dolorosos a la estimulación mecánica o a otros mediadores, esta es efectiva contra el dolor sordo

"pulsátil" de la inflamación donde las prostaglandinas sensibilizan aparentemente las terminaciones nerviosas.

Los tipos de dolor susceptibles de alivio por los salicilatos son de poca intensidad, de origen circunscrito o difuso, dolores que surgen de estructuras tegumentarias y no viscerales (14).

El mecanismo por el cual la aspirina causa irritación gástrica y sangrado es importante. Ordinariamente la mucosa gástrica es una barrera impermeable que no es dañada por el ácido, las enzimas y los medicamentos irritantes dentro de su luz. Para que los iones hidrógeno mismos causen daño a la mucosa, la concentración de ácido clorhídrico debe ser tres veces mayor que la que tiene en la secreción gástrica no diluida. Sin embargo si se encuentran tanto el ácido como la aspirina, ésta existirá en parte, en forma de ácido libre liposoluble y será absorbida. Cuando son absorbidos los salicilatos, ellos dañan a las células de la mucosa y rompen las uniones apretadas entre ellas. El ácido así como los salicilatos, pueden dañar entonces a los tejidos subyacentes y a las células epiteliales, los eritrocitos, las proteínas plasmáticas y los iones entran al contenido gástrico.

El sangrado gastrointestinal no siempre es visible ya que no sólo ocurren efectos colaterales indicados de irritación gástrica, sino que la magnitud del sangrado oculto en el sistema digestivo aumenta después de la administración de aspirina.

Esta última se debe dar con gran cuidado a los pacientes con historia de úlcera péptica, de sangrado o de asma a una administración previa.

Derivados del para-aminofenol. Estos medicamentos ejercen los mismos efectos analgésicos y antipiréticos que los descritos para

la aspirina. Sin embargo no son antiinflamatorios o uricosúricos, no causan irritación del aparato digestivo y no tienen el mismo efecto sobre el metabolismo de los glúcidos o la respiración que la aspirina. Hay dos medicamentos de este grupo como son la fena - cetina y el acetaminofeno.

El cuarto grupo de los analgésicos corresponden a los deriva - dos de la pirazolona y de los más utilizados se mencionan a los si - guientes: antipirina, dipirona, fenilbutazona y oxifenilbutazona. La aminopirina son alergenicos más potentes que la antipirina. La fe - nilbutazona y oxifenilbutazona son todavía más lentamente metaboli - zadas y bien absorbidas por los túbulos renales, dando por resulta - do una vida media mayor de dos días. Los efectos farmacológicos de estos medicamentos son semejantes a los de la aspirina o sea que - son analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios.

La fenilbutazona y su metabolito la oxifenilbutazona frecuen - temente causa efectos colaterales y las reacciones tóxicas graves son suficientemente frecuentes para que su uso sea grandemente res - tringido, los efectos tóxicos con la dosis incluyen retención de - sodio y edema, boca seca, náuseas y vómito, úlcera péptica y hemo - rragia y casos raros de necrosis de los túbulos renales y del hí - gado. Las reacciones alérgicas incluyen dermatitis, la cual en ra - ras ocasiones se vuelve exfoliativa y agranulocitosis. (16)

El propoxifeno es el isómero D de un compuesto relacionado -- con la metadona. Ha sido imposible demostrar el efecto analgésico importante del propoxifeno, sin embargo solo o en combinación con la aspirina ha sido el medicamento más recetado en los Estados Uni - dos; los efectos colaterales como la tremulación, la inquietud y - la euforia ligera probablemente deban ser consideradas como efec--

tos primarios y no como efectos colaterales, estas manifestaciones así como náusea y mareo ocurren frecuentemente.

De los anticolinérgicos los demás usos son la atropina, homatropina, belladona, BUTILHIOSCINA, pipenzolato, propantelina, dicitlomina y escopolamina.

ANTI PARASITARIOS. - Metronidazol: Es directamente tricomonacida y amebicida en concentraciones muy bajas y bactericida invitro para muchos microorganismos anaerobios entre ellos especies de bacteroides. Su mecanismo de acción se refleja en una toxicidad selectiva para los microorganismos anaerobios o microaerófilos y para otras células anóxicas o hipóxicas.

Absorción destino y excreción: se absorbe bien después de su administración oral. La vida media del metronidazol en el plasma es de ocho horas aproximadamente. (14)

ANTIEMETICOS. - El uso de los mismos está muy difundido y frecuentemente concede trastornos iatrogénicos. Los de empleo más común en nuestro medio son los derivados de la fenotiacidas cuya forma de actuar es modificando el umbral del centro del vómito.

ANTIACIDOS. - O agentes bloqueadores de los receptores H2 ejemplo, cimetidina: es un agente competitivo reversible de las acciones de la histamina que ejerce sobre los receptores H2. La capacidad de ésta para inhibir la respiración a la estimulación de la secreción gástrica le confieren un interés especial o importancia clínica; la vía de administración sea intravenosa u oral, inhiben la secreción de ácido gástrico inducida por la gastrina o la pentagastrina.

Así mismo es potente inhibidor de todas las fases de la secreción fisiológica ácida del estómago.

Absorción, destino y excreción: La cimetidina se absorbe bien

por vía oral y su duración es de unas cuatro horas. (14)

ANTIBIOTICOS.- Según su mecanismo de acción de los antibióticos se clasifican en diferentes grupos:

- 1) Acción sobre la membrana celular:
 - a) Interferencia de la síntesis de porciones constituyentes de membrana celular: penicilina, cefalosporinas, bacitracina y cicloserina.
 - b) Aumento de la permeabilidad de la membrana celular: polimixina, nistatina y anfotericina.
- 2) Inhibición de la síntesis de proteínas: Tetraciclinas, cloramfenicol, estreptomycin, Kanamicina, neomicina, eritromicina.
- 3) Interferencia de fenómenos metabólicos importantes: sulfamidas, ácido para-aminosalicílico.

A continuación se mencionan algunos de los antibióticos más importantes en la automedicación así como su acción y sus efectos más importantes.

Sulfamidas.- Las sulfamidas utilizadas como quimioterápicos son derivados de la sulfanilamida; todas las sulfamidas muestran también una acción bacteriostática invitro. El ácido para-amino--benzoico es utilizado por algunas bacterias como sustancias de --crecimiento, siendo incorporado a la molécula de ácido fólico, las sulfamidas ocupan los puntos de reacción de éste, de forma que fra--casa la síntesis de ácido fólico imprescindible para la prolifera--ción de las bacterias. Las bacterias resultan resistentes a las --sulfamidas únicamente cuando no precisa ácido fólico y no realizan la síntesis del mismo.

La mayor parte de las sulfamidas utilizadas por vía oral son absorbidas rápida y completamente por el tubo digestivo. Las sulfa

midas se eliminan completamente por vía renal. Generalmente las acciones colaterales son leves y no obligan a interrumpir el tratamiento, pero dado que pueden aparecer algunas acciones colaterales graves e incluso de importancia vital, durante el tratamiento es preciso controlar al paciente con gran atención. En ocasiones se observan molestias gástricas, náuseas, vómito, obnubilación, cefaleas e incluso alteraciones psíquicas. (15)

Cloramfenicol.- El cloramfenicol inhibe la síntesis de proteínas porque reprime la transmisión de aminoácidos activados. Esta sustancia es absorbida rápidamente tras administración prolongada (diez días o más) bajo determinadas circunstancias incluso prematuramente pueden aparecer graves lesiones tóxicas del sistema hematopoyético como agranulocitosis y púrpura trombocitopénica, frecuentemente de curso reversible; junto con ellos se deben distinguir otro tipo de lesión de la médula ósea con aplasia y pancitopenia, generalmente de curso mortal. (16)

En términos generales podemos decir que todos los medicamentos antes mencionados son de los más utilizados en la automedicación sin embargo no son todos; pero para la finalidad de esta investigación considero que son suficientes para ver un panorama general, de los riesgos a los que están expuestos los individuos que los ingieren sin el menor conocimiento de las consecuencias de esta práctica.

OBJETIVO ESPECIFICO

Conocer las repercusiones que implica la automedicación en el síndrome abdominal agudo.

OBJETIVOS GENERALES

Reconocer la frecuencia de administración de medicamentos sin revisión médica previa en pacientes que acuden al servicio de -- urgencias del Hospital Dr. Darío Fernández Fierro ISSSTE.

Conocer los tipos de medicamentos utilizados en la automedicación, así como la cantidad empleada.

Determinar las edades en que prevalece esta práctica (automedicación).

Determinar las patologías frecuentes en las que aparece el síndrome abdominal agudo y la correlación entre el diagnóstico prequirúrgico con el diagnóstico patológico.

MATERIAL Y METODO

Se analizaron un total de 85 pacientes que acudieron al servicio de urgencias y quienes habían recibido medicamentos sin que hubiese existido una revisión clínica previa por algún facultativo.

El estudio se llevó a cabo por medio de la revisión de historias clínicas de un interrogatorio directo o indirecto de los pacientes.

Se analizaron variables como sexo, edad, horas de evolución del padecimiento, motivo de la administración del medicamento, tipos de fármacos, cantidad administrada, diagnóstico de entrada a urgencias (diagnóstico prequirúrgico), diagnóstico postquirúrgico, diagnóstico de patología y mortalidad.

Se consultaron las referencias recientes editadas del tema, con el fin de comparar como se da este fenómeno en otras sociedades.

RESULTADOS

De 386 pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, con cuadro de dolor abdominal que ameritó un tratamiento quirúrgico, recibieron medicamentos sin revisión previa 85 (22.2%). El grupo más frecuentemente encontrado fue el que ocupó la tercera década (21 - 30), con un total de 15, que corresponde al 17.7% del total de los mismos (ver cuadro 1). Seguida de la primera década (1-10 y 11-20) con un total de 13 respectivamente (15.3%) en orden decreciente - continúa la quinta década (41-50) 11 (12.9%), perteneciente a la - cuarta década con un número de 7 respectivamente (8.2%), octava y novena década con 4 respectivamente (4.7%) y la décima década de - la vida con un paciente (1.2%) (ver gráfica I, IA).

En cuanto al sexo en el que predomina la automedicación fue - el femenino con un total de 51 pacientes, correspondiendo al 60% - del total. El sexo masculino presente con un total de 34 pacientes (40%). Dado lo anterior se aprecia una relación de 1.5:1 (cuadro 2 y gráfica II).

En cuanto a la utilización de medicamentos se documentaron - con un total de 200 en los 85 pacientes revisados, mismos que fue- ron indicados sin una previa revisión. De los principales grupos - de medicamentos empleados se encuentran en primer lugar los analgé- sicos. Los anticolinérgicos, aparecen como el segundo grupo de me- dicamentos con que más frecuentemente se automedicaron con un to- tal de 69 que corresponde al 34.5% del total empleados. En tercer lugar se encuentran los antibióticos, documentados con un total de 20, que alcanza el 10.0% de los 200 frecuentemente utilizados. En el cuadro 3 y la gráfica III, se aprecia el resto de los medicame- tos así como sus porcentajes.

Analgésicos, antipiréticos. Este grupo de fármacos ocupó el primer lugar en cuanto a la automedicación con la siguiente frecuencia:

Dipirona en 40 pacientes, correspondiendo al 70.10%, acetaminofén en 9 (15.78%) y el ácido acetilsalicílico en 8 pacientes alcanzando 14.12% (cuadro 3A).

En cuanto a la cantidad de medicamentos que habían recibido los pacientes en forma previa a la consulta en el servicio de urgencias; se detectó que un total de 25 recibió un solo medicamento y corresponde al 29.4% del total de pacientes revisados. Los que habían sido medicados con dos fueron 45 (52.94%) y aquellos que recibieron tres o más medicamentos fueron 15 (17.64%), cuadro 4.

Los diagnósticos prequirúrgicos fueron los siguientes en orden de frecuencia: (cuadro 5)

Apendicitis aguda	55 pacientes	64.70 %
Colecistitis aguda	20 pacientes	23.50 %
Oclusión intestinal	7 pacientes	8.2 %
Embarazo ectópico	1 paciente	1.2 %
Úlcera péptica perforada	1 paciente	1.2 %
Pancreatitis aguda	1 paciente	1.2 %

El cuadro 5 y la gráfica IV.

En cuanto a los diagnósticos postquirúrgicos establecidos fueron los siguientes en orden de frecuencia:

Apendicitis aguda	51 pacientes	60.00 %
Colecistitis aguda	20 pacientes	23.52 %
Embarazo ectópico	3 pacientes	3.52 %
Oclusión intestinal	2 pacientes	2.52 %

y en el cuadro 6 y la gráfica V aparecen el resto de los diagnós-

ticos.

En cuanto a los diagnósticos de patología establecidos en orden de frecuencia fueron los siguientes:

Apendicitis aguda	45 pacientes	53.0 %
Colecistitis crónica		
litiasica agudizada	20 pacientes	23.5 %
Hiperplasia de folículo linfoides	6 pacientes	7.0 %
Embarazo ectópico	3 pacientes	3.5 %
Quiste hemorrágico de ovario	1 paciente	1.17 %
Salpingitis	1 paciente	1.17 %
Cistoadenoma seroso de ova- rio derecho	1 paciente	1.17 %
Úlcera gástrica perforada	1 paciente	1.17 %
Pancreatitis necrohemorrá- gica	1 paciente	1.17 %
Divertículo de Meckel	1 paciente	1.17 %
Tumor renal izquierdo	1 paciente	1.17 %

En el cuadro 7 y la gráfica VI muestran estos resultados.

En la presentación del cuadro clínico, el tiempo de evolución con el que se presentaron los padecimientos más frecuentes analizados los resultados obtenidos hasta el momento son los siguientes: apendicitis aguda con una correlación con el diagnóstico patológico.

Apendicitis aguda no complicada arroja un total de 18 pacientes - (40 %). Mientras que la apendicitis aguda complicada de 27 pacientes (60 %) como podemos observar en el cuadro 8 y gráfica VII.

Así mismo los tiempos de evolución de más de un día, se pre-

Mientras que en el tiempo de evolución que se observó en el cuadro de colecistitis aguda fueron los siguientes: En la colecistitis crónica litiásica agudizada no complicada fueron 13 pacientes (65%), en la colecistitis crónica litiásica complicada abscedada con necrosis y perforación fueron 7 (35.5%), los tiempos de evolución más prolongados fueron éstos últimos. Ver cuadro 9, 9A y gráfica VIII.

La mortalidad que se encontró en los 85 pacientes observados, fué de 4 (4.8%). Las patologías involucradas fueron:

Apendicitis aguda	1 paciente	1.2 %
Colecistitis aguda complicada	1 paciente	1.2 %
Pancreatitis necrohemorrágica	1 paciente	1.2 %
Úlcera gástrica perforada	1 paciente	1.2 %

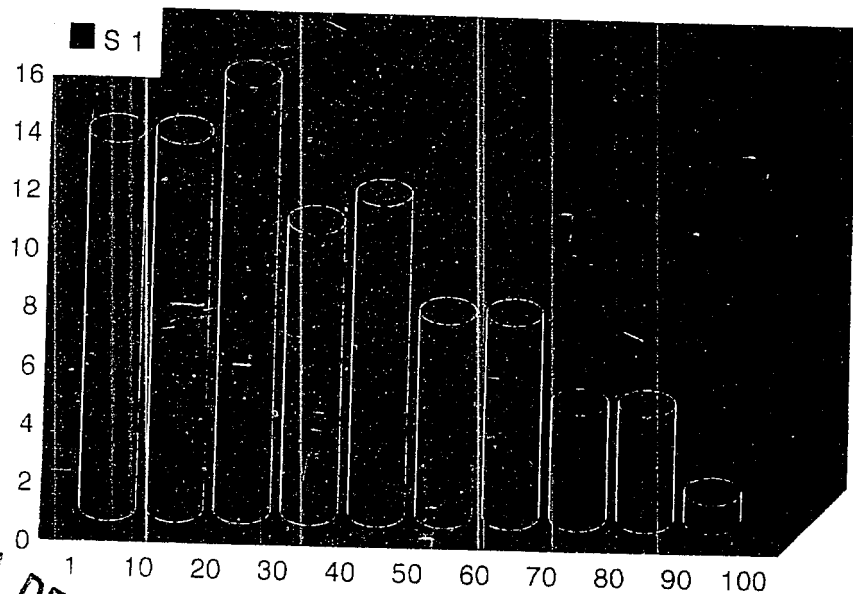
DISTRIBUCION POR DECADA DE LA VIDA

GRUPO	TOTAL	%
1-10	13	15.3
11-20	13	15.3
21-30	15	17.7
31-40	10	11.8
41-50	11	12.9
51-60	07	8.2
61-70	07	8.2
71-80	04	4.7
81-90	04	4.7
91-100	01	1.2
TOTAL	85	100 %

CUADRO 1

FRECUENCIA POR DECADA DE VIDA EN 85 PACIENTES

PACIENTES



AÑOS

FALLA DE ORIGEN
GRAFICA I

FRECUENCIA POR SEXO

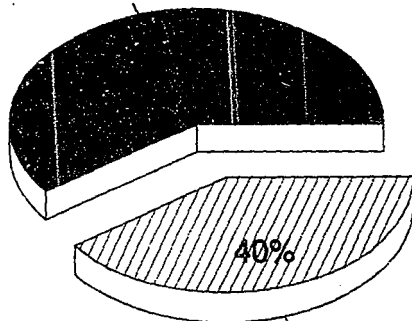
SEXO	TOTAL	%
MASCULINO	34	40 %
FEMENINO	51	60 %
TOTAL	85	100 %

CUADRO 2

FRECUENCIA POR SEXO EN 85 PACIENTES AUTOMEDICADOS

FEMENINO

51



MASCULINO

34

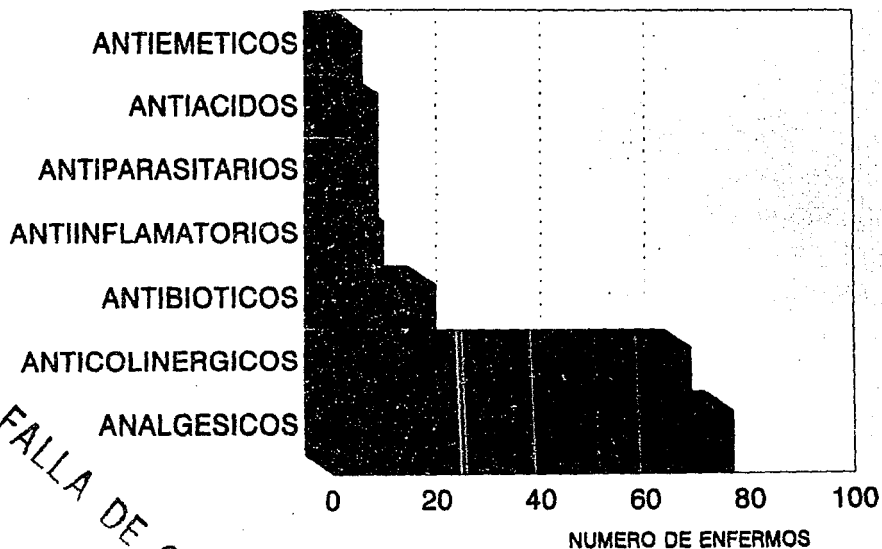
GRAFICA II

GRUPO DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
ANALGESICOS	77	38.5
ANTIBIOTICOS	20	10.0
ANTICOLINERGICOS	69	34.5
ANTIINFLAMATORIOS	10	5
ANTIEMETICOS	6	3
ANTIACIDOS	9	4.5
ANTIPARASITARIOS	9	4.5
TOTAL	200	100 %

CUADRO 3.

FRECUENCIA DE USO POR GRUPO DE MEDICAMENTOS



GRAFICA III

FALLA DE ORIGEN

ANALGESICOS ADMINISTRADOS

MEDICAMENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
DIPIRONA	40	70.10
ACETAMINOFEN	9	15.78
ACIDO ACETILSALICILICO	8	14.12
TOTAL	57	100 %

CUADRO 3A

CANTIDAD DE MEDICAMENTOS RECIBIDOS POR PACIENTE

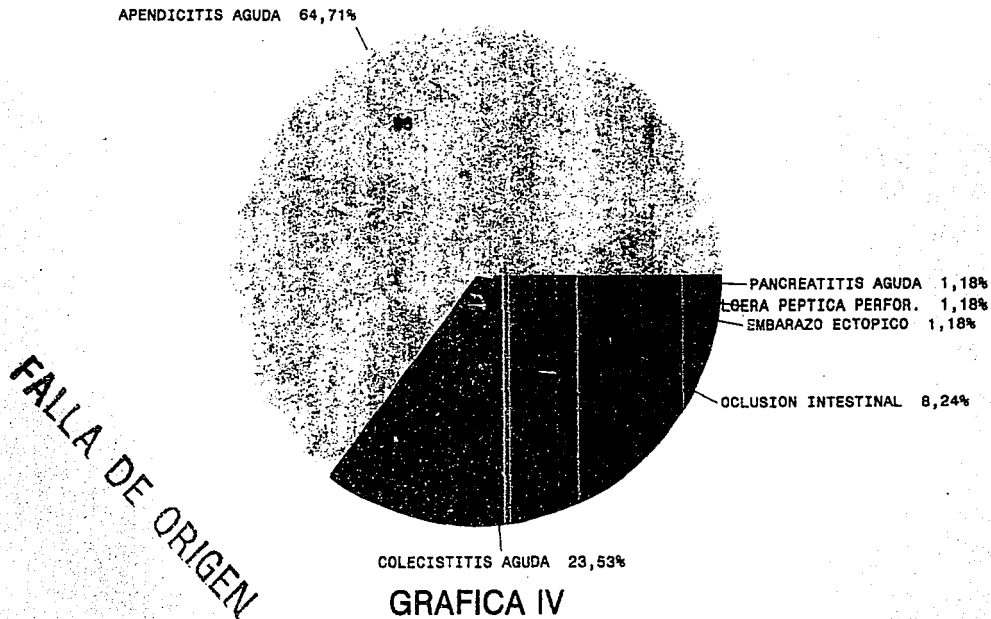
CANTIDAD	No. DE PACIENTES	%
1	25	29.41
2	45	52.94
3 o más	15	17.64
TOTAL	85	99.99 %

CUADRO 4

DIAGNOSTICO	CANTIDAD	%
APENDICITIS AGUDA	55	64.70
COLECISTITIS AGUDA	20	23.50
EMBARAZO ECTOPICO	1	1.2
OCLUSION INTESTINAL	7	8.2
ULCERA PEPTICA PERFORADA	1	1.2
PANCREATITIS AGUDA	1	1.2
TOTAL	85	100 %

CUADRO 5

DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO



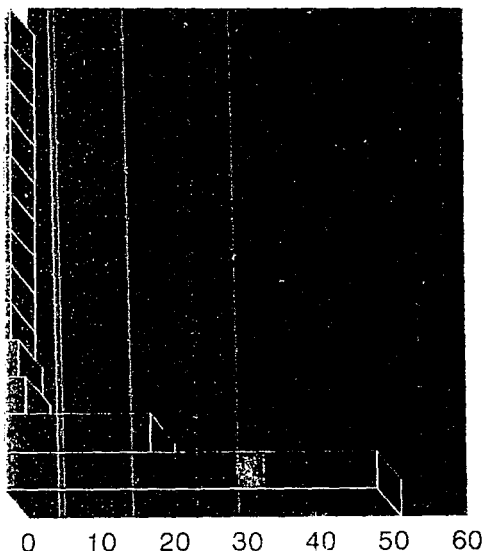
DIAGNOSTICO POSTQUIRURGICO

DIAGNOSTICO	CANTIDAD	%
APENDICITIS AGUDA	51	60
COLECISTITIS AGUDA	20	23.52
EMBARAZO ECTOPICO	3	3.52
OCLUSION INTESTINAL	2	2.52
QUISTE HEMORRAGICO DE OVARIO	1	1.17
SALPINGITIS	1	1.17
TUMORACION DE OVARIO DERECHO	1	1.17
VOLVULOS GASTRICOS	1	1.17
ULCERA GASTRICA PROFUNDA	1	1.17
PANCREATITIS NECROHEMORRAGICA	1	1.17
DIVERTICULO DE MECKEL	1	1.17
TUMOR RIMON IZQUIERDO	1	1.17
TORCION DEL MESENTERIO	1	1.17
TOTAL	85	100 %

CUADRO 6

DIAGNOSTICO POSTQUIRURGICO

TORSION DEL MESENTERIO
TUMOR RIÑON IZQUIERDO
DIVERTICULO DE MECKEL
PANCREATITIS NECROHEM.
ULCERA GASTRICA PROF.
VOLVULOS GASTRICOS
TUMORACION DE OVA. DER
SALPINGITIS
QUISTE HEM. DE OVARIO
OCLUSION INTESTINAL
EMBARAZO ECTOPICO
COLECISTITIS AGUDA
APENDICITIS AGUDA



FALLA DE ORIGEN

GRAFICA V

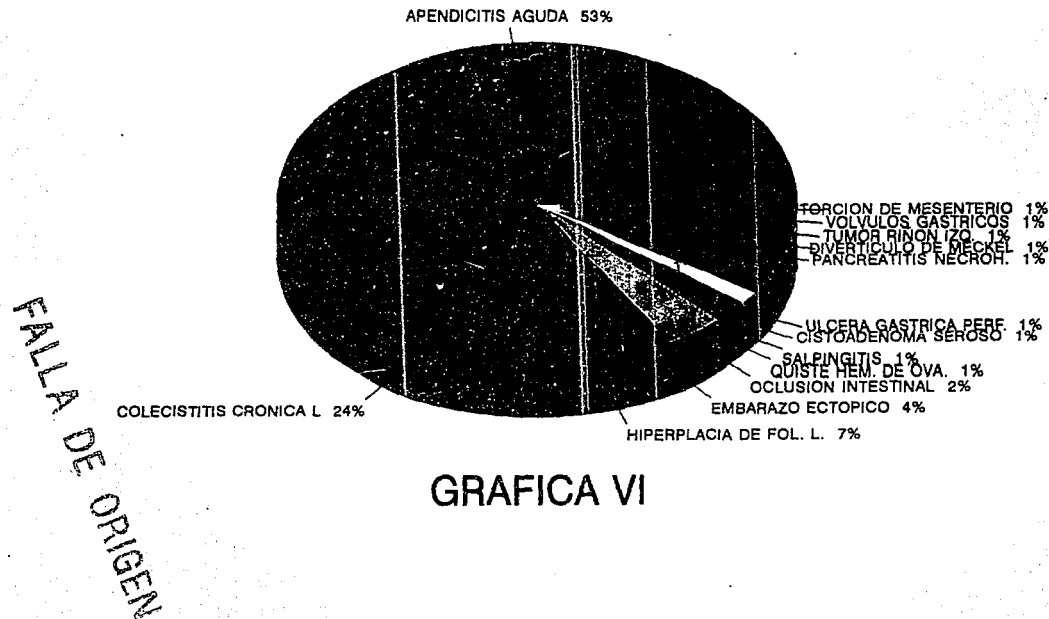
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DIAGNOSTICO PATOLOGICO

DIAGNOSTICO	CANTIDAD	%
APENDICITIS AGUDA	45	53
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA AGUDIZADA	20	23.5
HIPERPLASIA DE FOLICULO LINFOIDE	6	7.0
EMBARAZO ECTOPICO	3	3.5
OCLUSION INTESTINAL	2	2.36
QUISTE HEMORRAGICO DE OVARIO	1	1.17
SALPINGITIS	1	1.17
CISTOADENOMA SEROSO	1	1.17
VOLVULOS GASTRICOS	1	1.17
ULCERA GASTRICA PERFORADA	1	1.17
PANCREATITIS NECROHEMORRAGICA	1	1.17
DIVERTICULO DE MECKEL	1	1.17
TUMOR RIXON IZQUIERDO	1	1.17
TORCION DE MESENTERIO	1	1.17
TOTAL	85	99.99 %

CUADRO 7

DIAGNOSTICO PATOLOGICO



GRAFICA VI

ENTIDAD PATOLOGICA

DIAGNOSTICO	CANTIDAD	%
APENDICITIS AGUDA	04	8.88
APENDICITIS AGUDA PERIAPENDICITIS	14	31.2
APENDICITIS AGUDA ABSCEDADA	16	35.55
APENDICITIS AGUDA PERFORADA	11	29.44
TOTAL	45	99.99 %

CUADRO 8

DIAGNOSTICO	CANTIDAD	%
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA AGUDIZADA	10	50
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA CON HIDROCOLECISTO	3	15
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA ABSCEDADA	4	20
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA NECROSADA (PERFORADA)	3	15
TOTAL	20	100 %

CUADRO 9

TIEMPO DE EVOLUCION POR HORAS

APENDICITIS AGUDA

Diagnóstico, No. de pacientes	8	12	15	18	22	24	30	36	48	72	96	120	144
Apendicitis aguda		2	1			1							
Apendicitis parapendial		1	2		1	5		3	2				
Apendicitis abscedada			1		1	2	2		4	4	2		
Apendicitis necrosada				1		1	1		1	2	1	2	1

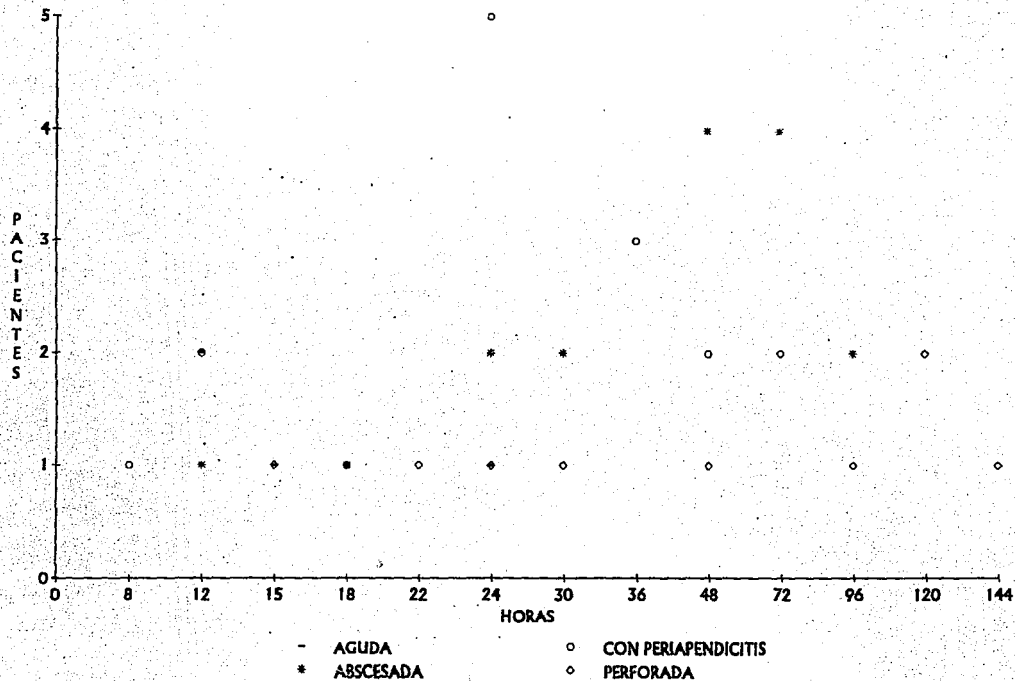
CUADRO 8A

TIEMPO DE EVOLUCION EN DIAS

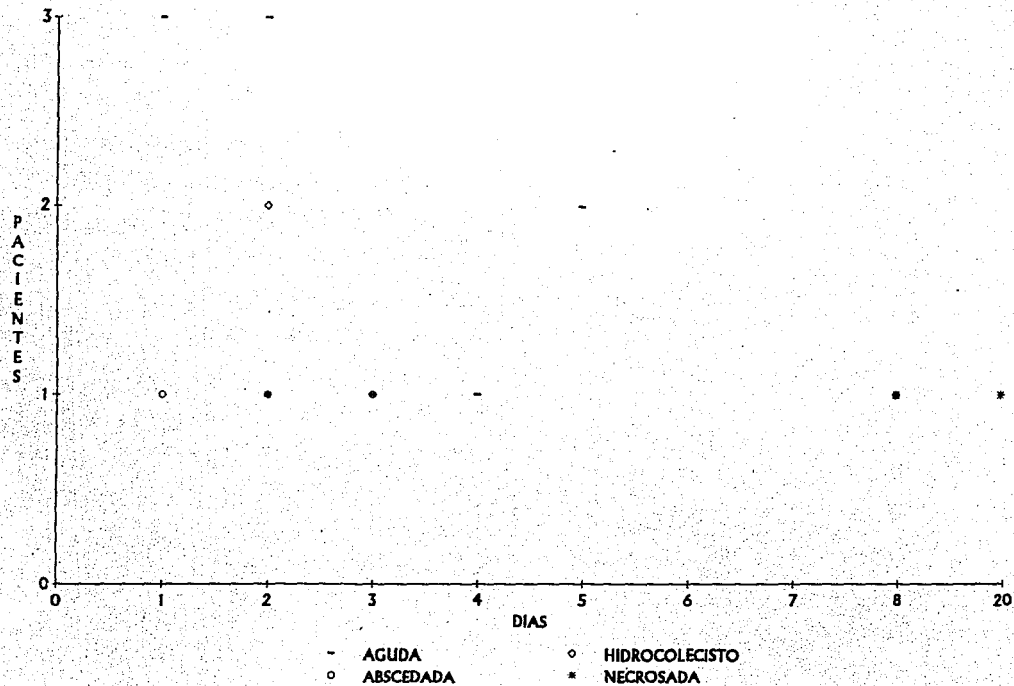
Diagnóstico, No. de pacientes	1	2	3	4	5	8	10	20
Colecistitis crónica litiásica aguda		3	3	1	1	2		
Colecistitis crónica litiásica hidrocolecisto			1	2				
Colecistitis crónica litiásica abscedada	1	1	1			1		
Colecistitis crónica litiásica necrosada		1				1	1	

CUADRO 9A

FRECUENCIA DE LA APENDICITIS AGUDA EN RELACION TIEMPO EVOLUCION



FRECUENCIA DE LA COLECISTITIS AGUDA EN RELACION TIEMPO EVOLUCION



MORTALIDAD EN 85 PACIENTES AUTOMEDICADOS

DIAGNOSTICO PATOLOGICOS	CANTIDAD	%
Apendicitis aguda complicada (Peritonitis generalizada)	1	1.2
Colecistitis aguda complicada (Peritonitis generalizada)	1	1.2
Pancreatitis necrosada hemorrágica	1	1.2
Úlcera gástrica perforada (Peritonitis generalizada)	1	1.2
TOTAL	4	4.8 %

CUADRO 10

MORTALIDAD EN PACIENTES AUTOMEDICADOS

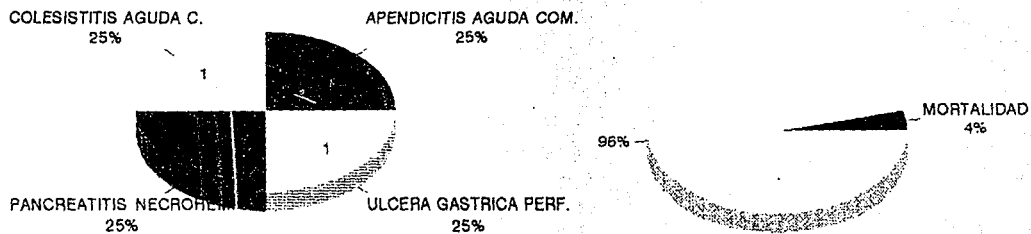


GRAFICO IX

DISCUSION

El presente estudio se llevó a cabo para conocer la incidencia de la automedicación enfocada al síndrome doloroso abdominal, y sus consecuencias en los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro.

En muchas de las poblaciones rurales, los sistemas indígenas de medicina, tienen un papel importante en los enfermos que frecuentemente se automedican o son tratados por este tipo de medicamentos indígenas.

La composición de las drogas, en la mayoría de los casos se desconoce; si ocurre algún tipo de reacción el posible ingrediente causante es desconocido y dificulta su identidad. Los enfermos tienen acceso a una gama de productos medicamentosos de variada naturaleza, muchos de los cuales consiguen como fórmulas y la multiplicidad de los ingredientes hace que la confirmación de las reacciones secundarias se dificulte. (15)

Otro de los factores que favorece la automedicación es el económico, ya que de acuerdo al observar en muchas de las ocasiones las clases económicamente desprotegidas no acuden a consulta médica por falta de recursos y esto genera recibir medicación con los farmacéuticos quienes prescriben en forma empírica sin prevenir los efectos secundarios ni la dosis ponderal y la prescripción se realiza solamente de manera sintomática, de esta forma se demuestra que en el estudio realizado por Watterson T. que basado en el interrogatorio de veinte farmacéuticos en New Castle, Inglaterra obtuvo los siguientes resultados en cuanto al manejo de los cuadros enterales. El 70 % de los farmacéuticos preguntaban acerca de la duración de un padecimiento, y el 40% preguntaban sobre las ca-

racterísticas del mismo, pero solamente el 30% preguntaban si había signos de algún otro síntoma de importancia acompañante. (12)

Sin embargo existen publicaciones en las que el Dr. Blenkinsop, del Reino Unido quien considera que los farmacéuticos se encuentran en una posición ideal para ofrecer el consejo de salud que es necesario (9), pero no aclara si deben de prescribir o no.

A pesar del riesgo que representa el recibir medicamentos por parte de los farmacéuticos en forma empírica, es frecuente que se recurra a esta práctica. Sin embargo no es solamente el problema económico el que hace que se recurra al farmacéutico; ya que también se observaron factores de tipo cultural y la negligencia de los padres cuando consideran de poca importancia el proceso patológico con el que cursan sus hijos, y por cuenta propia creen suficiente o adecuado el tratamiento que ellos mismos administran; o bien, basados en experiencias propias o ajenas implementan la medicación. Hay enormes errores de dosificación ya sea con dosis insuficientes que no tendrán ningún efecto favorable, pero si condicionan la posibilidad de prolongar la enfermedad; o en caso de manejo antimicrobiano, favorecer resistencias bacterianas o a la presencia de procesos anafilácticos.

Otro de los factores que contribuyen para la práctica de la automedicación es la cantidad tan importante de anuncios publicitarios que existen por los diferentes sistemas de comunicación, como es la televisión, en los que se anuncian diferentes tipos de medicamentos predominando sobre todo los analgésicos y compuestos anti gripales con sustancias con poder antihistaminico.

Es también probable que muchos de los pacientes caigan en errores al tomar medicamentos autorrecetados, al no leer o no se

guir las instrucciones que indican las envolturas de éstos.

De esta forma el presente trabajo detectó que el principal motivo por el que acudieron a recibir consulta, fué en la mayoría de los casos la persistencia de las manifestaciones clínicas a pesar de haber recibido medicamentos en forma empírica. Cabe aclarar que la práctica de la automedicación observada en los 386 pacientes, y que se llevó a cabo en 85 de los mismos, fué de un 22.2%.

Las distintas décadas de la vida, la frecuencia observada ocurrió en las primeras cinco décadas con una elevación particular en la tercera década; notándose un decremento importante a partir de la séptima década de la vida. Estos datos aunque de una forma un tanto subjetiva, ya que los pacientes fueron tomados al azar no indican que particularmente los jóvenes representen la mayor parte de la población lo cual concuerda con la pirámide de población característica de un país como el nuestro así como los padecimientos que se correlacionaron con el síndrome doloroso abdominal.

Del total de los pacientes aproximadamente tres quintas partes corresponden al sexo femenino y el resto al sexo masculino. Es evidente que dado los resultados, todas las enfermedades involucradas son correlacionadas con este sexo, así mismo es importante recalcar que si la automedicación se lleva a cabo es en el sexo femenino la más susceptible de autorrecetarse, pues los impactos publicitarios son blanco perfecto para ello.

El grupo de medicamentos más utilizados fueron los analgésicos, los antipiréticos, siendo el motivo principal de su administración el dolor y la fiebre y el más utilizado en la práctica fué la dipirona que ocupó el primer lugar en sus diferentes presentaciones y nombres comerciales. La administración de los analgésicos

cos duró cuando muy a pesar de su ingesta en forma repetitiva, el cuadro se agudizaba y era incapacitante. Es por esta razón que la evolución en algunos padecimientos se hacía prolongada, así mismo, usualmente ingería una diversidad de medicamentos y alternaban las dosis usualmente aumentándolas. Este fármaco es empleado de manera muy frecuente en nuestro medio a pesar de que se encuentra prescrito en otros países por los efectos secundarios graves que ofrece.

Los anticolinérgicos fueron el segundo grupo de medicamentos más utilizados, asociado a que en un inicio la gran mayoría de los padecimientos presenta un dolor de tipo cólico y la indiosincracia de la población asocia este medicamento como manejo para este tipo de dolor. En un grupo importante la responsable de la medicación, fue la madre; esto ocurrió en un 35%, en otro tanto igual se autorrecetaban y el resto de los productos fueron dados por consejeros o familiares y el farmacéutico.

Los diagnósticos prequirúrgicos, postquirúrgicos y patológicos, en orden de frecuencia ocurrieron de esta forma: la apendicitis aguda ocupa el primer lugar siendo este un padecimiento quirúrgico agudo del abdomen más común reportado en la literatura universal (14), mismo que se presentó con mayor frecuencia en la década de la vida en una relación de 1.5:1 en los varones. Así mismo es importante recalcar que en un porcentaje elevado la apendicitis aguda complicada se presentó en un 60%, mientras que la no complicada en un 40%. Es notorio que el tiempo de evolución se prolongaba, ocasionada por la presentación de la automedicación.

La proporción de pacientes con apendicitis aguda, que tienen o llegan a presentar perforación cuando son atendidos varían según la edad y el tiempo de hospital que lo notificó. Del 25 al 30 % de

los pacientes de hospitales de beneficencia al ser ingresados ya tenían perforación, contra un casi 15 % de enfermos de hospitales privados. La frecuencia de la perforación también significativamente más alta en los grupos de edades pediátricas y geriátricas (14) los resultados encontrados en la apendicitis complicada son los reportados por la literatura, es así como podemos observar que es -- significativamente estadístico la presencia de automedicación en el síndrome doloroso abdominal por las consecuencias que ello permite.

Los errores diagnósticos son mínimos dado que la presentación del cuadro clínico varía por el tiempo de evolución y por el mismo efecto del medicamento consumido y por la similitud que guardan entre sí los distintos padecimientos que aquí se presentaron.

La mortalidad se dió en un 4.8% y para cada padecimiento en particular fué de 1.2%, la literatura reporta un 3% aproximado por ejemplo para la apendicitis aguda, esto es entonces aproximadamente la mortalidad reportada en una forma común.

Dada la frecuencia de los trastornos gastrointestinales en los niños, los padres no acuden al médico hasta que ocurre la perforación y el niño está muy grave, solicitando medicarlo por la -- sintomatología que presenta (14). En segundo lugar aparece como -- patología importante la colecistitis crónica litiásica que ocupa una cuarta parte del total de los pacientes observados y el más -- frecuente es el sexo femenino y ocurre en un 20 % la colecistitis crónica litiásica complicada y en un 1.2% la mortalidad.

En los reportes de la literatura científica en donde las complicaciones aparecen en un 9% de los casos, en la serie que se reportó en el año de 1989 con 779 pacientes sometidos a una laparotomía

mía. (4)

Cada fármaco puede producir consecuencias indeseables. Aún -- cuando sea utilizado de acuerdo con los métodos estándar o recomendados para su administración. Generalizar su uso para un signo doloroso abdominal tan complejo por la ggran cantidad de padecimientos que le confieren permite caer en un grave error, pues las complicaciones pueden ser severas; por lo que es de seria importancia establecer tratamientos específicos y en forma individualizada de acuerdo a una valoración razonada y objetiva de los pacientes.

CONCLUSIONES

La automedicación es un fenómeno social que se presenta en todos los individuos independientemente del nivel socioeconómico y cultural al que corresponden, determinando esto por muy diversas causas, pero que sin embargo se hace más patente en sujetos con un nivel escolar bajo; no obstante no es privativo de ellos y esto se debe entre otras causas a que los derechohabientes no tienen información suficiente con respecto de los riesgos de la automedicación la facilidad con que se obtienen los medicamentos lo cual está determinado por el escaso control sanitario que se realiza en cuanto a la venta de medicamentos en las farmacias.

Que la influencia publicitaria favorece esta práctica, pretendiendo hacer ver ante la población que el médico no siempre es acertado, así mismo la frecuencia observada en las primeras décadas asociando a la automedicación al síndrome doloroso abdominal se relaciona con los padecimientos asociados al mismo.

SUGERENCIAS

El médico deberá insistir en el paciente cuántas veces sea posible para concientizarlo del problema; instituir campañas permanentes para abolir la automedicación con los medios masivos de comunicación; instar la propaganda de medicamentos dirigidos al público; llevar a cabo un estricto control sanitario en cuanto a la venta de medicamentos; insistir en que la prescripción de medicamentos sea en la cantidad estrictamente necesaria.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- KNG-LS; DO IT YOURSELF MEDICINE. JAMA 1967 APR 3; 200 (1); 25-9
- 2.- MALTAICK, SELF MEDICATION IN MANAGEMENT OF MINOR HEALTH PROBLEMS IN KENIA. EAST AFRMED 1 1981, 58; 593-600
- 3.- SAHAW JP. THE ADVISORY ROLE OF THE COMMUNITY PHARMACIST IN SELF MEDICATION. NZMED 1 1983; 26; 171-3
- 4.- BLENKINSOPP-A, COST. BENEFIT OF SELF PRESCRIBING. LANCET 1989 JUN 17; 1 (8651); 1393
- 5.- RAPAPORT J. PATIENTS EXPECTATION AND INTENTION TO SELF-MEDICATE. BR COLL GEN PRACT 1979; 29; 468-72
- 6.- FRY I. SELF CARE AND SELF MEDICATION J FAM PRACT 1981; 12; 151-2
- 7.- JOHNSON RE. HEALTH STATUS AND SOCIAL FACTOR IN NON PRESCRIBED DRUG USE. MED CARE 1983; 21; 225-33
- 8.- JOUBERT PIT. SELF-MEDICATION IN DEVELOPING COMMUNITY. SAFRMED J 1984; 63; 129-31
- 9.- NOEL W. COMMON ERRORS IN THE MANAGEMENT OF POISONING. J R COLL PHYSICIANS LOND 1980; 14-6.
- 10.- WOLFF-MJ USE AND MISUSE OF ANTIBIOTICS IN LATIN AMERICA. CLIN-INFECT-DIS 1993 NOV; 72-3
- 11.- ESKERVA-JR; BRODWALL-A. GENERAL PRACTITIONERS AND FEVER: A STUDY ON PERCEPTION, SELF CARE AND ADVISED PATIENTS. PHARM-WORLD SCT. 1993 AUG 20; 15(4) 161-4
- 12.- HARRISON'S PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE INTERAMERICANA 11a. ED 1989 P.P. 28-31
- 13.- SCHWARTZ PRINCIPIOS DE CIRUGIA, INTERAMERICANA SA, ED. 1991, P.P 943-446

- 14.-GOODMAN Y GILMAN'S THE PHARMACOLOGICAL BASIS OF THERAPEUTICS,
INTERAMERICANA 8a. ED. 1992 PP. 676-677
- 15.-MEYERS FH, JAWETZ E. GOLDFIEND A. MANUAL DE FARMACOLOGIA CLINI-
CA MEXICO D.F., EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, 1990 206-9, 254-69
322-8
- 16.-KUSCHISCKY G. CULLMANN H. MANUAL DE FARMACOLOGIA. COLOMBIA ED.
MARIN S.A., 1975; 259-70