



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
HGZ No. 9 CIUDAD GUZMAN, JALISCO**

Automedicación farmacológica y no farmacológica en niños
menores de 5 años otorgada por los tutores o cuidadores que
acuden a la UMF # 114 del IMSS por infecciones respiratorias
agudas en Gómez Farías, Jalisco

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

JORGE BARAJAS ELIZONDO

CIUDAD GUZMAN, JALISCO.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

Automedicación farmacológica y no farmacológica
en niños menores de 5 años otorgada por los tutores
o cuidadores que acuden a la UMF # 114 del IMSS
por infecciones respiratorias agudas en Gómez
Farías, Jalisco

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
JORGE BARAJAS ELIZONDO

AUTORIZACIONES:

DRA. IRMA PÉREZ MACEDO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

DR. RAFAEL BUSTOS SALDAÑA
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS

DR. RAFAEL BUSTOS SALDAÑA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION

CIUDAD GUZMÁN, JALISCO.

FEBRERO 2008.

Automedicación farmacológica y no farmacológica
en niños menores de 5 años otorgada por los tutores
o cuidadores que acuden a la UMF # 114 del IMSS
por infecciones respiratorias en Gómez farías,
Jalisco

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
JORGE BARAJAS ELIZONDO

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

UNAM

F. Felipe de Jesús García Pedroza

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACION

DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

UNAM

~~DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES~~

~~COORDINADOR DE DOCENCIA~~

~~DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~

~~FACULTAD DE MEDICINA UNAM~~

AGRADECIMIENTOS

***A Dios, por darme vida y esperanza, y por haberme permitido lograr con esfuerzo mi carrera profesional y permitirme estar donde estoy.**

***A mis padres Vicente y Rosa, que con entusiasmo, humildad y apoyo me han sabido formar como persona responsable y han sabido guiarme por el buen camino del éxito.**

***A mis hermanos: Gerardo, Ana, Cesar, Lili, y Oscar que por su cariño incondicionado siempre me apoyaron a seguir adelante.**

***Al Dr. Rafael Bustos Saldaña que por su apoyo profesional médico y excelencia en investigación, me supo orientar hasta el término de la carrera, con disciplina y rectitud.**

***A la Dra. Irma Pérez Macedo, por su dedicación, esfuerzo, paciencia, siempre me supo orientar en mis momentos de duda, hacia el camino de la superación.**

***A todos mis profesores médicos, que siempre mostraron su interés en formarnos para ser excelentes médicos.**

***A mis hijos, angelitos que siempre al estar en mi mente, son un estímulo de energía que me motiva a seguir a delante y a ser mejor cada día mejor.**

***A Eva, por su ayuda incansable, paciencia y actitud positiva me mostró el camino hacia la cima del éxito.**

***A mis compañeros residentes que siempre me mostraron amistad, voz de ánimo, en aquellos momentos difíciles cuando creía que no podía avanzar**

***A la familia Solís Palafox que me brindaron su apoyo moral, económico y ayuda incondicional al encontrarme solo y lejos de mi familia.**

INDICE

CAPITULO	PÁGINAS
RESUMEN.....	7
MARCO TEORICO.....	10
ANTECEDENTES.....	24
JUSTIFICACION.....	28
OBJETIVOS.....	38
MATERIAL Y METODOS.....	39
VARIABLES.....	40
RESULTADOS.....	45
DISCUSION.....	55
CONCLUSIONES.....	58
SUGERENCIAS.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	64
ANEXOS.....	68

RESUMEN

INTRODUCCION:

El medico familiar atiende diariamente en consulta externa y en urgencias gran cantidad de pacientes pediátricos, y gran parte de las consultas de urgencias son representadas por enfermedades respiratorias agudas en niños menores de 5 años. En México, las infecciones de vías respiratorias constituyen una de las dos principales causas de morbilidad y mortalidad en la edad pediátrica y su prevalencia mas alta se encuentra entre los menores de 5 años de edad. Las infecciones respiratorias agudas (IRA), son las causas mas frecuentes de morbilidad en el mundo y de elevada mortalidad particularmente en países en vías de desarrollo. Los virus son los agentes etiológicos mas frecuentes, (virus influenza a y b, y el sincitial respiratorio (VSR) son los mas importantes por la severidad de la enfermedad y alta transmisibilidad. En el 75% de las IRA se prescriben antibióticos, y en la mayoría de las veces son innecesarios, lo que incrementa los costos y la resistencia bacteriana. La mayoría de los episodios de IRA se presentan en el hogar, y son las madres de familia, quienes en primera instancia interpretan, diagnostican, y atienden la sintomatología de la gran mayoría de episodios de IRA en sus hijos. Las diferencias culturales, sociales y económicas que en México persisten entre muy diversas regiones, tienen orígenes y manifestaciones complejas, en algunas con rezagos económicos y sociales, entre los que destacan aquellos relacionados con la salud con poco acceso a los servicios de salud; haciendo que las madres ante la presencia de una IRA, no acudan a los oficiales de salud, recurriendo a los tratamientos caseros automedicación no farmacológica y/o automedicación farmacológica.

OBJETIVO:

Identificar la frecuencia de automedicación farmacológica y no farmacológica (remedios caseros). Otorgada por los tutores o cuidadores de niños

menores de 5 años que acuden a urgencias por infecciones respiratorias agudas, en la UMF 114 del IMSS de Gómez Farias.

MATERIAL Y METODOS:

Mediante un estudio epidemiológico de tipo descriptivo, prospectivo, transversal se llevó a cabo dicha investigación. La población de estudio estuvo integrada por todos los niños menores de 5 años que son llevados por un adulto (papa, mama, abuela, tía, etc.) al servicio de urgencias en el turno nocturno por referir síntomas tales como tos, fiebre, hiporexia, rinorrea, dificultad para respirar o ataque al estado general (realizándose un diagnóstico de IRA), a la clínica IMSS UMF # 114 de Gómez Farías, Jalisco, del 01 de septiembre del 2006 al 30 de Octubre del 2007. Asimismo se le preguntó si le dio algún medicamento o remedio casero al niño previamente antes de llevarlo a urgencias y por cuantos días, llenando un formato previamente formulado para todo niño estudiado.

RESULTADOS.

En el presente estudio se obtuvo un total de 107 niños entre 0 y 5 años, (53 niñas y 54 niños) en promedio de 1.9 años de edad, de los cuales se demostró que el 54% de los niños que acudieron (58 pacientes) si tomaron algún tratamiento previo a la consulta, y el resto 45% (49 pacientes) no tomaron ningún medicamento. Se encontró que el fármaco que mas se usó fue el paracetamol seguido de ambroxol y después la ampicilina, por otro lado se demostró que el 57.9% si tomo algún remedio casero, mientras que el resto 42.1% no lo hizo, se encontró que el, diagnostico que predominó fue la faringoamigdalitis, seguida de rinofaringitis, y posteriormente de bronquitis en el total de la población estudiada.

CONCLUSIONES.

Se encontró que mas de la mitad del universo estudiado, fueron tratados inicialmente con remedios caseros y se observo que el remedio mas usado fue el

te de manzanilla, seguido por el te de gordolobo, después te de eucalipto y en menor grado otros.

MARCO TEORICO

La automedicación es un tipo de conducta que implica tomar fármacos según la propia iniciativa del paciente, por consejo del farmacéutico o de cualquier persona no médica (1).

La automedicación puede ser considerada la forma más común de auto cuidado en salud. Paulo y Zanini, definen la automedicación como el uso de un producto para el tratamiento de una enfermedad o síntoma o para prevención de una enfermedad o para promoción de salud sin una prescripción profesional (2).

Se considera que dentro de la automedicación existen muchos factores que influyen en este tipo de conducta destacando entre otros: factores sociales, factores económicos y factores culturales.

Los factores sociales como la presión de grupo o de nuestros propios familiares que nos ofrecen una alternativa para la solución de nuestros problemas de salud basados en su propia experiencia, el bajo nivel de instrucción de personas especialmente de los padres de familia, los cuales ignoran por completo el riesgo que implica la automedicación.

Dentro de los factores económicos están el desempleo, las malas condiciones de trabajo y de vida de la mayoría de la población y sobre todo el bajo ingreso económico familiar que no les permite acceder a los servicios de salud traduciéndose en una falta de prescripción por un profesional capacitado.

Dentro de los factores culturales influyen la falta de acceso y escasa disponibilidad de información lo que permite a la empresas farmacéuticas difundir información sesgada que incita a la población al consumo de fármacos supuestamente muy seguros que estimulan un incremento constante en la automedicación llevando ésta práctica hacia un mayor problema de salud pública (1).

Insuficiencia respiratoria aguda

Es la presencia de dificultad para respirar en una persona en reposo, identificada primordialmente por la presencia de taquipnea, aunque además pueden existir otros signos que pueden coexistir mencionando entre otros, cianosis, aleteo nasal, disociación toracoabdominal, hundimiento intercostal; La taquipnea está considerada como un signo de alarma temprano que ha demostrado su sensibilidad y especificidad, y la edad del niño es el dato clínico principal para identificar la gravedad de la insuficiencia respiratoria aguda, en particular la presencia de neumonía. (3).

Las Infecciones respiratorias agudas con insuficiencia respiratoria en niños pequeños tales como la laringitis y traqueitis pueden ocasionar edema subglótico severo con obstrucción parcial de las vías aéreas, lo que origina tos característica con estridor laríngeo inspiratorio conocido como crup. Asimismo, en raras ocasiones se puede observar epiglotitis en adultos y niños mayores, que es causada principalmente por *Haemophilus influenzae* tipo b, la introducción de la vacuna ha logrado un descenso importante en la frecuencia de esta patología, aunque aun puede presentarse en quienes no han sido vacunados. Tanto la epiglotitis aguda como el crup requieren hospitalización urgente para el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda.

Entre los diagnósticos que cursan con insuficiencia respiratoria se encuentran:

- Laringotraqueitis (estridor laríngeo, disfonía y tos traqueal).
- Bronquiolitis (sibilancias no recurrentes, disminución del ruido respiratorio, en niño menor de un año).
- Asma bronquial con infección aguda (sibilancias recurrentes, en niños mayores de un año).
- Neumonía. la taquipnea por si sola tiene 70% de sensibilidad diagnóstica, tiros intercostales, estertores alveolares (no indispensables para el diagnostico).

Los pacientes con sibilancias en quienes pueda documentarse asma o bronquiolitis, o con datos clínicos de neumonía que presenten insuficiencia

respiratoria, deben ser referidos para valoración en el segundo nivel para tratamiento hospitalario. (3).

La neumonía es la principal complicación de las infecciones respiratorias; 80% de los casos tiene n como origen dos bacterias: *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. Los niños con broncoespasmo causado por asma o bronquiolitis pueden presentar los mismos síntomas que los que presentan neumonía. Un niño puede tener neumonía y broncoespasmo.

La clasificación para detectar la presencia de taquipnea según las Guías clínico terapéuticas de atención primaria del IMSS es:

Presencia de taquipnea:

FR > 60 por minuto en niños menores de dos meses,

FR > 50 por minuto en niños de 2 a 11 meses o

FR > 40 por minuto en niños de 1 a 5 años (3).

Dada la magnitud del problema que representa la insuficiencia respiratoria aguda como complicación de infecciones respiratorias agudas leves (virales en la mayoría de los casos), se observa que es necesario que deben ser llevados a consulta los niños que padecen dichos síntomas, por los padres de familia o cuidadores, a tiempo, antes de automedicar, o evitar perder tiempo necesario que conlleva retraso en el diagnóstico oportuno.

La infección respiratoria aguda se identifica por la presencia de tos o rinorrea de menos de 15 días de evolución acompañada de síndrome infeccioso (ataque al estado general y/o fiebre y/o hiporexia) (3).

Según la OMS el manejo de los casos de infecciones respiratorias agudas se basa en tres planes generales de tratamiento (4):

1 Plan A: Tratamiento para niños con IRA sin neumonía:

1.1 Medidas generales

1.1.1 Aumentar la ingesta de líquidos;

1.1.2 Mantener la alimentación habitual;

1.1.3 No suspender la lactancia al seno materno;

1.1.4 Si hay otorrea, limpieza del conducto auditivo externo, con mechas de gasa o tela absorbente, tres veces al día. No aplicar gotas óticas;

1.1.5 Control del dolor, la fiebre, y el malestar general, con acetaminofén, 60 mg/kg/día, vía oral, dividido en cuatro a seis tomas;

1.1.6 En menores de un año, no aplicar supositorios para la fiebre;

1.1.7 No utilizar jarabes o antihistamínicos;

1.1.8 Si existen factores de mal pronóstico, revalorar al niño en 48 horas y capacitar a la madre o responsable del menor en el reconocimiento de los signos de dificultad respiratoria así como los cuidados en el hogar, con el propósito de que acuda nuevamente a solicitar atención médica en forma oportuna;

1.1.9 Explicar a la madre por qué la tos es un mecanismo de defensa, que se debe favorecer;

1.1.10 Revisar la Cartilla Nacional de Vacunación y aplicar las dosis faltantes; y

1.1.11 Evaluar el estado nutricional, así como registrar peso y talla en la Cartilla Nacional de Vacunación.

1.2 Antimicrobianos:

1.2.1 Sólo están indicados en casos de faringoamigdalitis purulenta, otitis media aguda y sinusitis, de acuerdo con el cuadro siguiente:

USO DE ANTIMICROBIANOS EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SIN NEUMONIA		
DIAGNOSTICO	MEDICAMENTO DE ELECCION	ALTERNATIVA
Faringoamigdalitis purulenta	Penicilina benzatínica combinada, 1'200,000 U.I., dosis única, vía intramuscular.	Eritromicina 30-40 mg/kg/día dividido en tres dosis durante 10 días o Clindamicina 10-20 mg/kg/día dividido en 4 dosis durante 10 días.
Otitis media aguda	Amoxicilina, 40 mg/kg/día divididos en tres dosis diarias, durante siete días, vía oral.	Trimetoprim 8 a 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 40 a 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante siete días, vía oral.
Sinusitis	Amoxicilina, 40 mg/kg/día divididos en tres dosis diarias, durante siete días, vía oral.	Trimetoprim 8 a 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 40 a 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante siete días, vía oral.

1.3 Capacitación a la madre o responsable del niño:

1.3.1 La capacitación debe estar dirigida fundamentalmente hacia la identificación de los signos de alarma (respiración rápida, tiraje, dificultad para respirar, beber y amamantarse, o avance de la enfermedad), a fin de que la madre acuda urgentemente a la unidad de salud más cercana; además, hacia los cuidados generales que deben brindarse al niño en el hogar.

2 Plan B: Tratamiento para niños con neumonía leve, sin factores de mal pronóstico:

2.1 Medidas generales;

2.1.1 Tratamiento ambulatorio;

2.1.2 Aumentar la ingesta de líquidos;

2.1.3 Mantener la alimentación habitual, pero en pequeñas fracciones, un mayor número de veces al día;

2.1.4 No suspender la lactancia al seno materno;

2.1.5 Controlar la fiebre: con acetaminofén, 60 mg/kg/día, por vía oral, divididos en cuatro a seis dosis diarias;

2.1.6 En caso de sibilancias, administrar salbutamol jarabe a dosis de 0.2-0.3 mg/kg/día, vía oral, divididos en tres dosis diarias. En el menor de un año, valorar la respuesta en una o dos horas; si es positiva, continuar con salbutamol, y si es negativa, suspender el tratamiento. En mayores de un año continuarlo, y

2.1.7 Revalorar en 24 horas, o antes, si se agrava.

2.2 Antimicrobianos:

2.2.1 Amoxicilina a dosis de 40 mg/kg/día divididos en tres dosis diarias, durante siete días, vía oral o Trimetoprim 8-10 mg/kg/día, con sulfametoxazol, 40-50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante siete días, vía oral.

2.3 Capacitación a la madre:

2.3.1 La capacitación debe estar dirigida, fundamentalmente, hacia la identificación de los signos de alarma (respiración rápida, dificultad para respirar, beber y amamantarse, o avance de la enfermedad), a fin de que la madre acuda urgentemente a la unidad de salud más cercana; además, hacia los cuidados generales que deben brindarse al niño en el hogar.

3 Plan C: Tratamiento para niños con neumonía grave o neumonía leve, con factores de mal pronóstico:

3.1 Manejo y tratamiento:

3.1.1 Envío inmediato a un hospital;

3.1.2 Traslado con oxígeno, si es necesario (4 a 6 litros por minuto);

3.1.3 Control de la fiebre: acetaminofén, 15 mg/kg, vía oral, dosis única, y

3.1.4 En caso de sibilancias, administrar salbutamol jarabe, 0.15 mg/kg por dosis, vía oral o inhalado (dos disparos con espaciador de aire) o 0.1 ml de adrenalina, 1:1000, vía subcutánea.

3.2 Antimicrobianos:

3.2.1 Primera opción:

3.2.1.1 En el menor de dos meses, ampicilina, 50 mg/kg/día, vía oral o intramuscular;

3.2.1.2 En niños de dos meses a cuatro años, bencilpenicilina sódica cristalina, 100,000 U.I. por kg, vía intramuscular.

3.2.2 Segunda opción: en los casos donde no hay respuesta positiva, el cuadro siguiente es útil para orientar la selección de antimicrobianos:

USO DE ANTIMICROBIANOS EN NEUMONIA			
CUADRO CLINICO	GERMEN PROBABLE	MEDICAMENTO DE ELECCION	ALTERNATIVA
Bronconeumonía	<i>S. pneumoniae</i> <i>S. beta hemolítico</i>	Penicilina	Cloranfenicol o Trimetoprim con sulfametoxazol
Neumonía lobar o segmentaria	<i>S. pneumoniae</i> <i>Haemophilus</i> <i>influenzae b</i>	Ampicilina o cefuroxina	Cloranfenicol o Trimetoprim con sulfametoxazol
Neumonía por aspiración	Flora de faringe	Penicilina Clindamicina	Penicilina más Amikacina
Neumonía con derrame	<i>S. aureus</i> <i>H. influenzae</i>	Dicloxacilina más Cloranfenicol	Dicloxacilina más Gentamicina
Neumonía con focos múltiples	<i>S. aureus</i> Enterobacterias	Dicloxacilina más Amikacina	Vancomicina más Amikacina
Neumonía en el menor de dos meses	Enterobacterias <i>Streptococcus B</i>	Ampicilina más Amikacina	Vancomicina o Eritromicina más cefalosporina de tercera generación
Neumonía intrahospitalaria	<i>S. aureus</i> Enterobacterias	Dicloxacilina más Amikacina	Cefalosporina de tercera generación más aminoglucósido
Neumonía en pacientes granulocitopénicos	Enterobacterias <i>Pseudomonas</i> <i>Staphylococcus</i>	Imipenem más Amikacina	Vancomicina más Amikacina

Las IRA son la causa más frecuente de morbilidad en el mundo y de elevada mortalidad en niños, menores de 5 años, particularmente en los países en vías de desarrollo (5,6). Los virus son los agentes etiológicos más frecuentes. Los virus influenza A y B y el virus sincitial respiratorio (VSR) son los más importantes por la severidad de la enfermedad y por la alta transmisibilidad. Las bacterias principalmente *Streptococcus pneumoniae* (neumococo) y el *Haemophilus influenzae* tipo B son las causas más frecuentes de neumonías adquiridas en la comunidad. Las estrategias generales en la prevención y en el tratamiento se basan en: evaluar sistemáticamente los conocimientos existentes acerca de las IRAS, divulgarlos y aplicarlos, desarrollar una guía nacional para las indicaciones de los antibióticos, aplicar las vacunas existentes, incrementar la inmunización contra el neumococo y los virus influenza, y desarrollar y evaluar nuevas vacunas contra el VSR, *Haemophilus influenzae* no serotificables, bordetella pertusis y otros agentes infecciosos que afectan el aparato respiratorio,(7).

Antes del nacimiento, el sistema inmunitario del feto es inmaduro por que no ha estado expuesto a gérmenes extraños, sin embargo recibe alguna protección de los anticuerpos maternos que atraviesan la placenta en las últimas 10 semanas de embarazo. Aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna no recibirán la protección que la misma aporta contra las IRA. Igualmente los niños con enfermedades asociadas o desnutrición presentan un sistema inmunológico deficiente para defenderse contra las infecciones. En el umbral del siglo XXI niños de América aún mueren por causas fácilmente prevenibles, por no implementarse medidas relativamente simples ya sea de prevención, atención o tratamiento, (8).

Entre los grandes problemas que afectan a nuestra infancia, las IRA ocupan un papel predominante tanto en la morbilidad como en la mortalidad. Las IRA son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por diversos agentes infecciosos que afectan cualquier punto del aparato respiratorio. La OMS en los últimos años ha apoyado el programa de control de IRA, en el que uno de sus pilares fundamentales lo constituye en el manejo estándar de los casos, que destaca por su etiología y evolución en la mayoría de los casos resulta

innecesario y hasta perjudicial el uso de los productos aparentemente destinados a mejorar los síntomas y mas aun el uso indiscriminado el uso de los antibióticos. Los elementos claves para atención domiciliaria son administración apropiada de líquidos, mantener lactancia materna, alimentación adecuada, control de temperatura, alivio de la obstrucción nasal si interfiere en la alimentación y evitar el uso innecesario de medicamentos incluyendo los antibióticos (automedicación). No obstante demasiado a menudo en la práctica medica diaria estos niños son tratados o maltratados con productos innecesarios, frecuentemente antibióticos que aumentan el costo de la atención, incrementan los gastos de la familia, el riesgo de las complicaciones y el desarrollo de resistencia bacteriana lo que crea serios problemas en el manejo de las afecciones frecuentes en consulta ambulatoria y hace necesario mejorar el adiestramiento del personal médico y su capacidad para manejar las IRA, (9).

La mayoría de las IRA es producida por virus y generalmente suelen ser benignas y autolimitadas. Entre los factores de riesgo que contribuyen a su transmisión y a su severidad clínica, están el hacinamiento y la alta densidad de población que favorecen su transmisión. Se ha observado que en los países industrializados las IRA son introducidas en la familia por los niños en edad escolar lo que contribuye el tamaño de la familia. La diseminación de estas enfermedades en la familia se ve influenciado por el grado de nacimiento, el bajo peso al nacer, la desnutrición y deficiencias vitamínicas. Otros factores asociados al aumento en su incidencia son el bajo nivel socioeconómico, la baja escolaridad de los padres, las condiciones de vida de la vivienda y hacinamiento, la desnutrición, uso del biberón, contaminación ambiental, el hábito de fumar de los convivientes (fumador pasivo), el uso de gas para cocinar y el clima. Todos estos factores parecen estar relacionados con la capacidad de defensa del organismo del niño que lo hacen mas susceptible a que ocurra una complicación bacteriana y aparición y agravamiento de episodios de IRA, (6,8).

En el niño la IRA se presenta con mayor frecuencia en los primeros años de vida y pueden ocurrir de 4 a 6 episodios al año. Eso se debe a factores de tipo anatómico así como a los mecanismos de defensas inmaduros o defectuosos.

Existen factores de riesgo que favorecen o predisponen las IRA, algunos modificables y otros no como son edad, bajo peso al nacer, desnutrición, déficit inmunológico. Nacimiento, contaminación ambiental, uso de queroseno humo de cigarro o tabaco (ya sea de forma activa o pasiva), así como la presencia de una enfermedad de base. El 90% de las IRA tanto bajas como altas son virales, el virus mas frecuente en el niño menor de un año es el Sincitial respiratorio (se encuentra además la influenza A, B, C, parainfluenza, adenovirus, rinovirus, enterovirus, coronavirus). otros agentes causales son bacterias, micoplasmas pneumoniae, clamidias, riquetsias y hongos (10).

Las IRA representan la causa de entre 30 y 70% a los establecimiento de salud; de este gran volumen de consulta solo una pequeña proporción comprende afecciones de gravedad como neumonía y bronquitis en el niño menor. La mayoría de las consultas en los servicios de salud en las IRA se deben a afecciones de poca gravedad que en general son infecciones virales, que suelen ser autolimitadas que curan espontáneamente; sin embargo, existe un uso innecesario de antibióticos en el tratamiento de estas y son una causa importante de la utilización de los jarabes para la tos muchos de los cuales contienen compuestos potencialmente nocivos, que además de costosos poseen combinaciones de distintas drogas, a veces de efecto contrario o adverso; por otra parte son supresores de mecanismos de defensa importante para el niño (11).

La contaminación cada vez es mas alarmante, sobretodo en las grandes urbes, que trae como resultado la exposición de la población a una serie de agentes (químicos, físicos, biológicos). Se ha observado que una exposición a diferentes contaminantes del aire ambiental pueden resultar a una disminución de la actividad fagocitaria de los: macrófagos alveolares dejando como consecuencia una mayor susceptibilidad a la infección, sobre todo en los grupos de alto riesgo, de la misma forma se aprecia que la inflamación del tracto respiratorio favorece el desarrollo de infecciones respiratorias agudas (12).

La educación para la salud (EPS) tradicionalmente ha sido entendida para modificar hábitos y comportamientos de la población, bajo esta óptica durante varias décadas en nuestro país se han aplicado diferentes programas de EPS.

Actualmente en México a la EPS se le ubica como una estrategia conceptual el programa de promoción de la salud. Dicho programa cuenta con 6 componentes, las actividades relacionadas con las infecciones respiratorias se encuentran dentro del componente de salud familiar, y en forma particular en el subcomponente: *la salud empieza en casa*, donde se abordan temáticas relacionadas con el crecimiento y desarrollo infantil, vacunación así como padecimientos que afectan a los infantes (diarreas e infecciones respiratorias). También existen acciones educativas dirigidas específicamente a revisar la sintomatología, signos de alarma y manejo de infecciones respiratorias agudas (IRA) dentro del programa de atención a la salud del niño. En la población de menores de 5 años la mortalidad por esta patología presentó para 1990 una tasa de 115.7 por 100,000 habitantes con descensos en los años subsiguientes, entre 1993 y 1995, el descenso se detuvo ya que la tasa (77.8) permaneció con mínimas variaciones, sin embargo, para 1996 hubo una disminución con una tasa de 73.4. En números absolutos ocurrieron 12,907 muertes en menores de 5 años en 1990 y 8,145 en 1995. Estas muertes en su mayoría pudieron evitarse porque se cuenta con la tecnología suficiente para hacerlo. La preocupación para realizar actividades tendientes a lograr que la población reconozca la sintomatología y las complicaciones de las IRA se fundamenta a que este tipo de patología junto con la neumonía e influenza se encuentra dentro de las principales causas de mortalidad general desde 1922 hasta la actualidad (13).

En México se ha logrado disminuir la mortalidad de las infecciones respiratorias agudas en un 41.5% de 1990 a 1997. El descenso no ha sido mayor, por que los grupos indígenas y marginados siguen manteniendo altas tasas de mortalidad. Se estima que alrededor de 4 millones de niños menores de cinco años mueren cada año por alguna infección respiratoria aguda (IRA) en todo el mundo y cerca de 80% de estas defunciones se deben a la neumonía, gran parte de las muertes ocurren en países pobres, donde las enfermedades infecciosas y parasitarias siguen siendo la causa número uno de las defunciones infantiles en el mundo. En el periodo de 1990 a 1997 la IRA ocupó el primer lugar dentro de las diez principales causas de mortalidad tanto en población general como en grupos

etários. En 1997 la IRA ocupó el segundo lugar como causa de muerte en menores de cinco años, destacando la neumonía como el padecimiento que mas contribuya con dicha mortalidad. La OMS puntualiza en su programa para el control de las infecciones respiratoria agudas, que las muertes por neumonía en niños menores de 5 años pueden evitarse si las madres de familia, personal para médico o médicos detectan a tiempo el padecimiento la gravedad del mismo a través de por lo menos un signo (taquipnea, tiraje, sibilancias, hipotermia), para que se de tratamiento y atención medica de forma temprana y adecuada (OMS 1985) (14).

La mayoría de los episodios de IRA se presentan en el hogar y son las madres de familia quienes en primera estancia interpretan, diagnostican y atienden. Sin embargo las madres (incluso el personal medico), en muchas ocasiones no están capacitadas para detectar oportunamente los signos y síntomas de las IRA, lo cual pone en riesgo la vida del menor. Además del proceso salud enfermedad de atención del núcleo familiar esta condicionado por el sistema de creencia y valores culturales de cada comunidad, lo que implica de la concepciones populares de las enfermedades van a interferir de las explicaciones otorgadas por los médicos (14,15).

La mayoría de los niños con IRA que asisten a los servicios de salud tienen una infección de vías aéreas superiores y no revisten gravedad; generalmente los síntomas no pueden ser aliviados con los medicamentos; sin embargo los niños que se consultan por esta afección reciben gran variedad de medicamentos prescritos o no por un trabajador de la salud esperando que estos alivien los síntomas. La literatura médica de los últimos años pone de manifiesto síntomas de tos y resfrío, raramente son aliviados por la administración de antitusivos, y no existen datos que demuestren que estos medicamentos prevengan la agravación de las enfermedades. Muchos de los jarabes utilizados para la tos contienen compuestos potencialmente nocivos por su efecto como supresores de los mecanismos de defensa del niño. Contienen combinaciones de varias drogas con efecto contrario o adverso; otros medicamentos tienen una composición ilógica, se combinan en el mismo producto con acciones opuestas; por ejemplo:

expectorantes (estimulantes) y supresores de la tos. En general no se deberá suprimir una tos productiva, pues un reflejo fisiológico útil; el método más beneficioso es una buena hidratación. Esto determina la necesidad de instaurar acciones tendientes a la reducción del problema expresado en términos de muerte, enfermedad y gasto inútil, aplicando pautas y procedimientos relacionados con la administración de un tratamiento correcto en el momento oportuno (15).

El extender la vacunación anual contra influenza en la edad pediátrica, dirigiéndose principalmente al grupo de edad de mayor riesgo, representa un gran reto para la salud pública nacional. Aunque la vacuna ofrece la posibilidad de prevenir una importante proporción de infecciones virales durante el invierno, otras como las ocasionadas por el virus sincitial respiratorio y otros patógenos respiratorios continuarán ocurriendo. La educación de los padres y del personal de salud, es sin duda alguna, un componente integral del programa pediátrico de vacunación contra influenza (16).

México, al igual que otros países del continente americano, presenta condiciones favorables para la elevada morbilidad y mortalidad por IRA. Entre ellas se incluye la elevada proporción de analfabetismo (instrucción sanitaria), el hacinamiento y la vivienda inadecuada particularmente en las zonas suburbanas y rurales. Otros factores muy importantes incluyen la concentración del 65% de los habitantes del país en unas cuantas ciudades, la dispersión de la población rural en mas de 150,000 localidades con menos de 500 habitantes, las amplias y constantes variaciones económicas y sociales en el ámbito regional, las elevadas tasas de desempleo y la desnutrición en los menores de 5 años (12).

La automedicación es un problema relacionado a una serie de complicaciones tales como el enmascaramiento de la enfermedad, aparición de efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión o resistencia a los medicamentos empleados, facilitar el contagio y fomento a la drogodependencia.

ANTECEDENTES

En el periodo comprendido de 1990 a 1997 el Dr. Gonzalo Gutiérrez y cols. analizaron el impacto de los servicios de salud, el saneamiento y la alfabetización en la mortalidad de menores de 5 años llevado a cabo en 2 estados con diferentes características socioculturales: Chiapas y Nuevo León, México (considerados como los estados con mayor y menor tasas de mortalidad respectivamente) (17).

En dicho periodo estudiado se registró un marcado descenso de la mortalidad de menores de cinco años que fue mas acentuado en Chiapas; en ambas entidades se relaciono principalmente con la disminución de mortalidad por infecciones respiratorias agudas, sarampión y diarreas. En Chiapas los indicadores que correlacionaron más significativamente con este descenso fueron las coberturas de vacunación y el alfabetismo; en Nuevo León, el aumento en el número de enfermeras, las coberturas de vacunación, el alfabetismo y las viviendas con agua entubada. Asimismo la disminución de mortalidad por sarampión en Chiapas, quizá se deba a que la pandemia de 1990 originó tasas de mortalidad, muy elevadas en ese estado, que rápidamente descendieron, gracias a la vacunación con altas coberturas y alfabetismo a lo largo del periodo analizado. En cambio en Nuevo León, donde la disminución de la mortalidad en menores de 5 años tuvo mayor correlación con la tendencia de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas, muy probablemente ello estuvo relacionado con el mejor acceso y calidad de los servicios de salud, aumento de enfermeras aumento en coberturas de vacunación, alfabetismo y viviendas con agua entubada. Concluyen haber encontrado una reducción del diferencial en las tasas de mortalidad de menores de 5 años entre Chiapas y Nuevo León, refiriendo además que para mantener o acelerar tal descenso es necesario continuar con los programas analizados y en Chiapas o estados similares, ampliar en forma mas acelerada la infraestructura en salud (17).

En el periodo de octubre a diciembre de 1998 el Dr. Samuel Rodríguez Villalpando y cols, realizaron un estudio de investigación dirigido a obtener información en salud a madres de niños menores de 5 años que presentan o han presentado infecciones respiratorias agudas (IRA) y/o enfermedades diarreicas agudas (EDA) en el Estado de Guanajuato, México. El objetivo fue evaluar el grado de conocimientos acerca de las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas así como de vacunación en madres de niños menores de 5 años (24); fue llevado a cabo a través de encuestas realizadas en visitas domiciliarias a madres con hijos menores de 5 años tanto en área urbana como rural en todos los municipios del Estado de Guanajuato. Encontraron una muestra total de 12,108 encuestas (7,202 en el área urbana y 4,906 en el área rural), las madres del grupo de 26 a 45 años represento el mayor porcentaje (64%), 92% fueron amas de casa, 91.4% eran casadas, 35.8% tenían de escolaridad primaria completa, 58.7% no cuentan con ningún servicio de seguridad social y 27.7% cuentan con derechohabiencia (IMSS o ISSSTE), 52.6% de las madres estaban informadas en IRAS, concluyendo que la mayoría de las madres encuestadas aun no reconocen de manera efectiva los signos y síntomas de alarma de IRA y EDA, y que es innegable la prioridad de continuar incrementando y fortaleciendo las actividades de capacitación a madres con niños menores de 5 años en los rubros de IRAS y EDAS (24).

Entre Octubre de 1998 y febrero de 1999 en Manizales, Colombia, Martha Lucia Cujíño y Enf. Lorena Muñoz estudiaron los conocimientos y practicas de las madres y acciones de promoción y prevención desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la IRA, sin incluir Neumonía, en niños menores de cinco años (19); a través de una entrevista abierta a la madre y una encuesta semiestructurada a los agentes de salud; ateniendo en total a 358 madres y a 45 agentes de salud, La población seleccionada para este estudio se tomó de los centros rurales y urbanos de Atención en Seguridad Social, Bienestar y Salud, Empresa Social del Estado. Encontrando que las prácticas mas frecuentes para el manejo de la gripa son administración de hierbas y preparaciones caseras, medicamentos como acetaminofen, descongestionantes, antitusígenos y

antibióticos en forma indiscriminada. Refieren como los síntomas mas frecuentes de complicación del resfriado común la dificultad para respirar, fiebre, congestión en los pulmones, el niño se pone morado y la neumonía entre otros, y algunos expresan un promedio de 2 hospitalizaciones por año por las causas en mención. Las madres describen como principales síntomas de la IRA no neumonía o resfriado común, el malestar general, fiebre, nariz tapada y la secreción nasal. Con respecto a los agentes de salud 83.7% de ellos expresa haber recibido capacitación sobre IRA, 90.7% manifiestan conocer la clasificación de IRA, 88.4% conoce las medidas de apoyo para su manejo, 97.7% brinda instrucciones a las madres para su manejo y 93% realiza acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las cuales se resume como charlas educativas a la familia, al individuo y a los diferentes grupos de la comunidad. Entre las medidas ofrecidas por la mamá o cuidador de niños con IRA se mencionan entre otros: que para la fiebre dio acetaminofén y si es alta le hago pañalitos, lo baño, le doy jugos o algo que sea fresco, le empapo la cabeza de vinagre casero, pañalitos de agua fría en la frente, soplarlo con una tapa, bañarlos con agua tibia, clamor en agua panela, agua con linaza con clara de huevo, miel de abeja con mantequilla o ramas de eucalipto, agua de perejil, de arroz y de manzana, baño con clara de huevo, rodajas de limón, motas de alcohol en las axilas, rebanadas de papa en el estómago, bebidas de espadilla, acedera, clamor, cebolla de huevo en las plantas de los pies, suero, lo llevo al centro de salud. Para la tos: la mayoría de las mamás refirieron dar jarabes recomendados por la persona de la farmacia, con el cristal de la penca de sábila, con clara de huevo se hace un ponche y se endulza con miel de abeja, agua de pino y de menta, ungüento mentolado para frotar y tomar, remolacha con cebolla de huevo, aceites de almendras, limón y miel de abejas (19).

En el periodo comprendido de junio a diciembre de 2001 el Dr. Miguel Ángel Martínez Medina midió el nivel de conocimientos sobre infección respiratoria aguda en 100 madres de niños menores de 5 años derechohabientes IMSS que acudieron a consulta a la UMF No. 37 del Seguro Social de Hermosillo Sonora (20).

A cada madre encuestada se solicitó información sobre su edad, escolaridad, ocupación y domicilio; así como edad del niño, capacitación recibida sobre IRA, identificación de signos y síntomas de IRA, agentes causales, medidas terapéuticas y conocimientos sobre antibióticos indicados en IRA. Se encontró que del total de las madres encuestadas solo el 48% conocía los cuidados generales para la rinofaringitis, tales como aumentar la ingesta de líquidos orales, aseo de la nariz del niño y control de la temperatura por medios físicos o químicos, menos del 10% refirieron algún cuidado para el manejo de dichas afecciones. El 56 % de las madres creen necesario el uso de antibióticos en todos los casos de IRA, y el 17% los considera de utilidad contra los virus. De la neumonía el 40% de las madres reconocieron de 2 a 3 síntomas identificando como principal síntoma la respiración rápida (70%) y el resto no sabe nada acerca de la enfermedad. El presente trabajo de investigación permitió identificar que el nivel de conocimientos de las madres es limitado y erróneo sobre el manejo de IRA en menores de 5 años así como insuficiencia para la detección de los casos graves como la neumonía (20).

JUSTIFICACIÓN

Magnitud:

En un estudio realizado en Brasil, Paulo y Zanini refieren que la automedicación está considerada como la forma más común de autocuidado en salud, definiendo automedicación como el uso de un producto para el tratamiento de una enfermedad o síntomas o para prevención de enfermedades o promoción de salud, sin una prescripción profesional. El estudio fue enfocado a la identificación de diferentes tipos de automedicación practicados, en donde fueron identificados diferentes formas de pensar y comportamientos asociados con esta práctica. Se encontraron factores determinantes de automedicación como: la influencia de farmacéuticos y personal que atienden farmacias, así como la familia y amigos, la percepción de problemas de salud como transitorios y un menor resultado familiaridad y fácil acceso a ciertos productos farmacéuticos, así como dificultades en acceso (y valoración negativa a consultarse) (2).

En un boletín informativo médico realizado en España en 2001 Hernández Novoa refiere que la automedicación es un fenómeno común y que representa junto a la utilización de antibióticos en procesos infecciosos no bacterianos y al incumplimiento terapéutico por parte del paciente, el principal problema que tiene planteado el empleo de antibióticos en el medio extrahospitalario, constituyendo una fuente importante del uso escasamente controlado de los antibióticos y de sus graves consecuencias. (21). Refiere que aunque las enfermedades infecciosas (principalmente las respiratorias) constituyen el motivo más frecuente de consulta, existe un buen porcentaje de individuos que trata el problema por su cuenta con remedios tradicionales o “con lo que tienen en casa” sin acudir al médico o al farmacéutico. Además refiere que es común la utilización de antibióticos en procesos como la gripe o el catarro común. La automedicación con antibióticos adopta diversas modalidades mencionando entre otras:

- La reutilización de una receta anterior para la misma persona
- Reutilización de una receta anterior para una persona distinta

- Administración a partir del botiquín casero
- Dispensación en la farmacia por solicitud directa del paciente:
 - o Oralmente
 - o A través de cartoncillos de envases ya utilizados
 - o Por medio de papeles con el nombre comercial escrito.
- Dispensación a través de la medicación del farmacéutico o auxiliar.

La automedicación a partir del botiquín casero constituye el mayor factor de riesgo para los pacientes (especialmente los niños) que acuden previamente medicados con antibióticos a la consulta del médico y son diagnosticados de una enfermedad infecciosa (del 3 al 20%) (2, 21,22). La automedicación puede tomar lugar a través del consumo de medicinas manipuladas o industrializadas o el uso de remedios caseros (tes, hierbas, etc.) e incluye varios tipos de actividades: adquisición de una medicina sin una prescripción, reutilización de una receta antigua para comprar una medicina, distribución de medicinas con facilidad en miembros de un círculo social, uso de medicina sobrante guardada en casa, falta en someterse en prescripción profesional, por cualquiera de prolongación de este o por interrupción de este tan tempranamente, o por disminución o incremento de la dosis original prescrita.

En el distrito de Chiclayo Perú, en el periodo de Enero a Marzo del 2005, se realizó un estudio enfocado a encontrar factores asociados a la incidencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en mayores de 18 años de edad. La muestra fue de 371 personas mayores de 18 años, se concluyó que la proporción actual de la automedicación en la población estudiada es de 44% y a mayor parte de los estudiados tienen un nivel de conocimiento medio.

Factores económicos, políticos y culturales han estimulado un incremento en automedicación mundial, llevando esta práctica a un mayor problema de salud pública. (1, 2, 21).

En un estudio reciente en Brasil realizado por Loyola Filho y cols. (23) observaron en la población de Bambuí, estado de Minas Gerais, que 46% de las

personas quienes tomaron alguna medicina en los 3 meses previos, usaron drogas no prescritas.

La automedicación es tipo de conducta que implica tomar medicamentos según la propia iniciativa del paciente, por consejo del farmacéutico o de cualquier persona no médica (1).

Son muchos los factores que influyen en este tipo de conducta, destacando entre otros: Los factores sociales como la presión de grupo o de nuestros propios familiares que nos ofrecen una alternativa para la solución de nuestros problemas de salud basados en su propia experiencia. También influye el bajo nivel de instrucción de personas especialmente de los padres de familia, los cuales ignoran por completo el riesgo que implica la automedicación.

Dentro de Los factores económicos que influyen en la automedicación destacan el desempleo, las malas condiciones de trabajo y de vida en la mayoría de la población y sobre todo el bajo ingreso económico familiar que no les permite acceder a los servicios de salud lo cual se traduce en la falta de prescripción por un profesional capacitado (1).

Dentro de los factores culturales influyen la falta de acceso y escasa disponibilidad de información lo que permite a las empresas farmacéuticas difundir información sesgada que incita a la población al consumo de fármacos supuestamente muy seguros, esto además se aúna a la deficiente educación sanitaria con la que contamos.

La automedicación es un problema relacionado a una serie de complicaciones tales como el enmascaramiento de la enfermedad, aparición de efectos secundarios, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión o resistencia los medicamentos empleados, facilitar el contagio y fomento a la drogodependencia por lo cual es necesario conocer que tan serio es este problema en esta población de Gómez farías Jalisco.

López R. (1990) realizo un estudio en cuatro ciudades peruanas encontrando una prevalencia de 58%;

Nebot R y Llauger G. realizaron un estudio en Lima durante el período de Mayo-Junio de 1992 donde encontraron una prevalencia de 42%.

French C. en 1997 en una encuesta telefónica asegurados en el IPSS en lima en personas de todas las edades encontró una frecuencia del 43.89%.

Montalvo C. realizó un estudio en 1999 en sectores urbanos-marginales en la ciudad de Chiclayo donde encontró una prevalencia de 39.78%

En un estudio realizado en México (2001) se encontró un resultado destacable en el cual 80% de los productos expendidos en farmacias eran por automedicación (1, 23).

Por otra parte, las IRAS en México ocuparon el primer lugar dentro de las diez principales causas de morbilidad durante el periodo de 1990 a 1995 tanto para la población en general como por grupo de edad. Las IRAS se presentan en todas las edades, aunque su frecuencia y gravedad es mayor entre los menores de 5 años y los mayores de 65 (12,14). Actualmente ya en umbrales del siglo XXI los niños de América aún mueren en proporciones alarmantes por causas prevenibles con medidas relativamente simples. De los grandes problemas que afectan a nuestra infancia, las infecciones respiratorias agudas (IRA) ocupan un papel predominante tanto en la morbilidad como en la mortalidad.

A nivel mundial más de 140,000 niños menores de 5 años mueren anualmente por Neumonía; cada 8 segundos fallece un niño por IRA, y estas constituyen la 1ª causa de consulta y hospitalización en entidades pediátricas (9,12)

Desde 1977 en el informe de la encuesta nacional de Atención Médica Ambulatoria en Norteamérica citado por MC Whitney se refería que las IRAS ocupaban el primer lugar como motivo de consulta en el ámbito de la medicina familiar, situación similar en Canadá y Gran Bretaña en donde ocupaban el 1º y 2º lugar en ambas naciones. En Argentina Jinch refiere que actualmente las IRAS ocupan el segundo lugar de consulta en medicina familiar (24).

Estudios realizados en Cuba refieren que las IRAS representan la causa de entre 30 y el 60% de las consultas infantiles a los establecimientos de salud, de

este gran volumen de consultas solo una pequeña proporción comprende afecciones de gravedad como Neumonía y Bronquitis en el niño menor (11).

Según la OMS calculó que en el año de 1990 las IRA ocasionaron más de cuatro millones de defunciones entre preescolares en todo el mundo, representando 75% de muertes causadas por neumonía (7,19).

La mayoría de las consultas en los servicios de salud por IRA se deben a afecciones de poca gravedad que en general son infecciones virales, que suelen ser autolimitadas y curan espontáneamente; sin embargo existe un uso innecesario y excesivo de antibióticos (prescritos unos y otros automedicados por madres de familia) en el tratamiento de estas, y son una causa importante de la utilización de jarabes para la tos, algunos potencialmente nocivos que además de costosos poseen combinaciones de distintas drogas a veces de efecto contrario o adverso, que muchas veces son supresores de mecanismos de defensa importante para el niño (11).

Asimismo se ha visto que existen creencias y prácticas curativas locales de distintas poblaciones rurales (en la mayoría) de madres de familia que por costumbre hacen frente a las IRA que padecen niños menores de 5 años combatiéndolas con remedios caseros, tees, plantas medicinales y ocasionalmente automedicados con antibióticos u otros medicamentos sin una autorización ni consulta medica que en lugar de ayudar a su padecimiento puede empeorar el cuadro clínico; Aunado a esto y tomando en cuenta las condiciones socioeconómicas y ambientales presentes en comunidades rurales tales como hacinamiento, ventilación no adecuada, presencia de humo de leña, cambios bruscos de temperatura, etc. podrán ser consideradas como factores de riesgo asociados para el desarrollo de enfermedades infectocontagiosas como las IRA (14).

Trascendencia:

Estas tasas de automedicación son preocupantes puesto que las consecuencias pueden ser importantes como enmascaramiento de la enfermedad,

aparición de efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión o resistencia a los medicamentos empleados, facilitar el contagio y fomento a la drogodependencia (1).

Dentro de la automedicación los fármacos mas utilizados pertenecen al grupo de los antibióticos y otros del grupo antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos tipo aspirina (drogas tipo aspirina, o también frecuentemente denominado drogas antiinflamatorias no esteroideas: AINES) (1, 2,21). Uno de los aspectos más importantes y preocupantes de la automedicación son las complicaciones que se presentan por el uso inadecuado de los medicamentos, así por ejemplo existe una serie de complicaciones relacionadas con cada grupo de fármacos.

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), son un grupo de fármacos que se han relacionado con una mayor incidencia de úlceras gástrica y duodenales, por disminución de las prostaglandinas I₂ y E₂, así mismo prolongan el tiempo de hemorragia por disminución de la producción de tromboxano A₂ en las plaquetas, prolongan el tiempo de gestación y de hemorragia posparto por disminución de de las prostaglandinas E y F y se conoce que las mezclas analgésicas pueden ocasionar cuadros de nefritis intersticial. Dentro de los antibióticos destacan las penicilinas que si bien es cierto poseen menos toxicidad de todos los antibióticos, su gran utilización hace que la aparición de reacciones adversas sea relativamente frecuente; dentro de estas destacan reacciones de hipersensibilidad: reacción anafiláctica, edema angioneurótico, fiebre medicamentosa, erupciones cutáneas, la enfermedad del suero, nefritis intersticial y trastornos hemáticos. Así mismo existen reacciones cruzadas por la cual las personas alérgicas a un tipo de penicilina pueden serlo también a cefalosporinas e imipenen.

En México, la mayoría de los episodios de IRAS se presentan en el hogar, y son las madres de familia, quienes en primera instancia, interpretan, diagnostican y atienden la sintomatología de los episodios (14). Sin embargo, las madres en muchas ocasiones no están capacitadas para detectar oportunamente la gravedad

que expresan los signos y síntomas de las IRAS, lo cual pone en riesgo la vida del menor. Se considera que el proceso salud-enfermedad-atención del núcleo familiar está condicionado por el sistema de creencias y valores culturales de cada comunidad, lo que implica que las concepciones populares de las enfermedades van a diferir de las explicaciones otorgadas por los médicos. En el caso de las IRAS muchas madres consideran su causa de tipo social, espiritual o natural, porque la relacionan con fuentes de corriente de aire frío, cambios de temperatura, enfriamientos o por demonios, no consideran por lo tanto que sea enfermedad causada por virus o bacterias. Esta oposición de creencias culturales entre los miembros de una comunidad con los prestadores oficiales de salud hacen que las madres ante la presencia de una IRA, no remitan a los niños a los recursos oficiales de salud por las barreras culturales existentes entre ambos, por lo que prefieren llevarlo con especialista de la medicina tradicional, médicos particulares o recurren a tratamientos caseros (14).

En un estudio realizado en el Estado de Oaxaca, México, refieren que es ahí donde se presentan los índices más altos de mortalidad del país por enfermedades en las que se puede evitar la muerte, como las IRAS, las cuales ocupan las tasas de mortalidad y morbilidad más elevadas del estado.

En estudios elaborados en Cuba se ha observado que tiene gran importancia el observar e investigar el tratamiento que imparten gran cantidad de madres de niños que padecen IRA antes de consultar a un médico, ya que las IRA, constituye uno de los problemas de salud a nivel mundial, afectando por igual a todos los países y a todas las edades, reportándose que de 10 millones de niños que mueren durante el primer año de vida, 1/3 de estas muertes corresponden a IRA. La importancia de investigar a fondo el tipo de tratamiento administrado por parte de las madres de niños con IRA, radica en que las IRA pueden complicarse por demora en la búsqueda de ayuda médica, diagnóstico erróneo o prescripción de medicamentos inapropiados como antibióticos, antitusivos y otros jarabes (entre ellos remedios caseros); ya que en la mayoría de los casos de tos aguda no se necesitan remedios; sin embargo existe toda una mitología sobre diversos tipos de remedios. Básicamente hay 2 clases: los expectorantes o mucolíticos que se

suponen ayudan a sacar el esputo con mayor facilidad, y los supresores que al parecer evitan el reflejo de la tos. (15)

En las dosis incluidas en la mayoría de las marcas comerciales, casi todas las autoridades plantean que los expectorantes y mucolíticos no tienen más eficacia para aflojar el esputo que una bebida caliente y/o la inhalación de vapor.

Con respecto a la automedicación en España se realizó un estudio profundizando este fenómeno en donde señalan que existen argumentos a favor y en contra (21). Entre los primeros se encuentran la accesibilidad, la comodidad y el menor costo en el tratamientos de ciertos síntomas, a ello se añade la descongestión del sistema sanitario, la reducción de la perdida de actividad laboral y escolar y el hecho de que si no existiera la posibilidad de automedicación se buscaría otras formas de auto cuidado, probablemente menos friables y sencillas. Entre los argumentos en contra se han señalado la capacidad de los medicamentos de producir efectos indeseables agudos o crónicos cuando son utilizados en dosis excesivas o durante periodos excesivamente prolongados, la presentación de interacciones farmacológicas, el uso incorrecto en indicaciones no convenientes, el empleo en pautas posológicas inadecuadas y la posibilidad de enmascarar y retrasar el diagnostico de una enfermedad que necesita cuidados médicos.

Entre las consecuencias que se derivan de la automedicación con antibióticos se mencionan entre otras:

- Dispensación sin receta contraindicando la legislación vigente
- Uso innecesario en procesos no infecciosos
- Deficiencias en la pauta posológica y duración del tratamiento
- Almacenamiento en los hogares
- Potenciación de antibioterapia anónima
- Génesis de iatrogenia y complicaciones
- Evaluación del costo económico
- Alteración de ecología bacteriana, con aumento de resistencia bacteriana.

Factibilidad:

A través de la información obtenida en la consulta impartida en los servicios de urgencias del turno nocturno se pudo obtener información de los pacientes pediátricos menores de 5 años que fueron llevados por un familiar acompañante (papa, mama, tutor, abuelo, abuela, etc.) que acudieron a consultarse, pudimos darnos cuenta acerca de que manejo previo (farmacológico o no farmacológico o casero) se les haya impartido previamente en casa, en su mayoría impartido por madres de familia, mismo medicamento o remedio casero tomado antes de que acudieron a consulta médica, a la clínica U. M. F. No. 114 IMSS de Gómez Farías Jalisco. Tomando en cuenta la gran cantidad de IRAS que se presentaron a esta clínica, ya que tan solo en el año 2005 del 1º de Enero al 31 de Dic en esta clínica se registró un total de 958 consultas a menores de 5 años por dicho motivo en todo el año. Se considera por lo tanto que existieron los recursos necesarios y la organización suficiente para aplicar el presente estudio de investigación y tratar así de disminuir dicho problema.

Viabilidad:

El presente estudio de investigación pudo llevarse a cabo a partir del 1º de Agosto de 2006, hasta el 30 de Octubre de 2007, a través de la consulta ofrecida en el módulo de urgencias a todo pacientito menor de 5 años, que se presentó acompañado por un familiar de preferencia padres de familia que acudía por cualquier padecimiento que involucra a infección de vías respiratorias a cualquier nivel (altas o bajas). Se recolectó información a través de una encuesta dirigida al acompañante familiar que llevaba al niño, con el objetivo de investigar si le dio algún tratamiento previo antes de llevarlo a la misma clínica hasta recabar la información necesaria para incluirse o no a los pacientitos enfermos en el presente estudio.

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuál es la frecuencia de automedicación farmacológica y no farmacológica (remedios caseros), otorgada por los tutores o cuidadores a niños menores de 5 años que acuden a urgencias por infecciones respiratorias agudas, en la UMF 114 del IMSS de Gómez Farias, Jalisco?

OBJETIVOS

5.1.- GENERAL.

Identificar la frecuencia de automedicación farmacológica y no farmacológica (remedios caseros), otorgada por los tutores o cuidadores a niños menores de 5 años que acuden a urgencias por infecciones respiratorias agudas, en la UMF 114 del IMSS de Gómez Farias, Jalisco.

5.2.- ESPECÍFICOS.

- 1.- Señalar las características clínicas de niños menores de 5 años con IRA
- 2.- Determinar el tipo de diagnóstico de aparición en consulta.
- 3.- Identificar el tratamiento casero realizado por los familiares del niño en el manejo de las IRA

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO:

Para llevar a cabo esta investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal.

POBLACION DE ESTUDIO O UNIVERSO DE TRABAJO:

Todos los niños menores de 5 años derechohabientes de la población de estudio, tomando en cuenta que el total de niños registrados menores de 5 años, hasta el día 12 de julio de 2006 según la pirámide de población es de 339 (177 hombres y 162 mujeres) en dicha población de Gómez Farías, Jalisco.

MUESTRA:

La población de estudio estuvo integrada por 107 niños menores de 5 años que acudieron al servicio de urgencias en el turno nocturno con diagnóstico de IRAS, a la clínica IMSS UMF 114 de Gómez Farías, Jalisco, de septiembre del 2007 a diciembre del 2007.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.- Niños menores de 5 años con IRA
- 2.- Ser derechohabiente del IMSS
- 3.- Personas que acepten voluntariamente llenar un cuestionario

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- 1.- Que no se presente con su tutor o padre o quien esté al cuidado del niño
- 2.- Personas que no residen permanente en Gómez farías Jalisco.

VARIABLES

IRA (Infección Respiratoria Aguda): presencia de tos o rinorrea de menos de 15 días de evolución acompañada de síndrome infeccioso (ataque al estado general y/o fiebre y/o hiporexia).

VARIABLES (NIÑO): Definición operacional Indicador

-EDAD DEL NIÑO	Antigüedad cronológica tomada del registro del IMSS	Años
-SEXO	Género de registro del IMSS	Masculino y femenino
-ESCOLARIDAD	Grado máximo de estudios del paciente	Pre-escolar y Negativo
-SIGNOS Y SINTOMAS	Manifestaciones de la enfermedad	Tos, rinorrea, hipertermia, hiporexia, dificultad para respirar
-TIEMPO DE EVOLUCION	Periodo desde su inicio	Días
-TRATAMIENTO CASERO O NO FARMACOLOGICO AUTOMEDICADO	ingestión del niño de algún remedio casero para controlar dichos síntomas	Positivo y negativo
TIPO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICOS O REMEDIO CASERO	Substancias utilizadas por el cuidador de los niños	Medicamentos, brebajes, ungüentos, etc.
-TRATAMIENTO FARMACOLOGICO AUTOMEDICADO	ingestión del niño de algún medicamento farmacológico	Positivo y negativo
IDENTIFICACION DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	Presencia de taquipnea	Positivo y negativo

VARIABLES (Quien lo cuida):

-RELACION DE PARENTESCO	Es otra persona diferente de la mamá quien le dio algún tratamiento previo y quien lo cuida	Padres, abuelos, tíos, otros
-EDAD DE QUIEN LO CUIDA	Antigüedad cronológica	Años
-SEXO	Genero de registro en el IMSS	Masculino y femenino
-ESCOLARIDAD	Grado máximo de estudios de la mamá o quién cuida al niño	Primaria, secundaria, bachillerato, etc.

PROCEDIMIENTO:

Se procedió a seleccionar en el módulo de urgencias de la UMF No. 114 ubicada en la población de Gómez Farías, Jalisco, en el turno nocturno por parte del investigador principal los días lunes, miércoles y viernes, con horario de 20:30 a 08:10 capturando así a todo paciente menor de 5 años llevado por un adulto cuidador (papá, mamá, abuelo, abuela, tíos, etc.) que refirió presentar presencia de síntomas que por definición de infección respiratoria aguda incluya aquellos tales como: tos o rinorrea de menos de 15 días de evolución, acompañada de síndrome infeccioso entendido como: presencia de ataque al estado general y/o fiebre, y/o hiporexia; también se integró a los pacientitos que presentaron la presencia de dificultad para respirar, y de acuerdo a los síntomas referidos, se procedió a registrar un diagnóstico de IRA, mencionando como ejemplos entre otros: rinofaringitis, faringitis, faringoamigdalitis, otitis media aguda, laringitis, laringotraqueitis, bronquitis sinusitis, etc. Durante la consulta de urgencias se realizó una serie de preguntas a la mamá o acompañante adulto quien lo llevaba, tales como: si le dio algún medicamento o remedio casero por su cuenta, para calmar dichas molestias referidas, en caso afirmativo se preguntó que tipo de medicamento o que tipo de remedio casero o naturista le dio, y por cuantos días; además, se le preguntó quien decidió darle dicho manejo, si fue su mama, u otra persona (abuela, tía, vecina, papá, etc.) quien se encuentra al cuidado al niño durante el día y que edad tenía la persona que decidió darle dicho manejo, así como también que escolaridad de dicha persona.

ANALISIS ESTADISTICO:

La expresión de variables cualitativas se realizó con frecuencia simple (FS), y frecuencia relativa (FR). La descripción de variables cuantitativas se realizó con media \pm desviación estándar y rango. Se utilizó el programa EPI –INFO 2000.

ASPECTOS ETICOS:

El protocolo fue valorado por el C. L. I. S. num. 1306 del HGR # 46. El trabajo es considerado por la Ley General de Salud con riesgo menor al mínimo. Las actividades realizadas por el estudio son parte integral de la consulta a los niños por este padecimiento, se recolectó dicha información sin necesidad de realizar consentimiento informado a los tutores (o padres) de cada niño para la realización de dicho estudio, ya que se trata de menores de edad y además la información obtenida es parte de la historia clínica del padecimiento. Sin embargo, se les hizo conocimiento a los familiares de los pacientes acerca de la realización del estudio para que nos dieran consentimiento verbal. Se mantuvieron presentes los preceptos de la declaración de HELSINSKI y sus contiendas posteriores.

RECURSOS

Materiales:

Hojas blancas, lápiz, borrador, sacapuntas, computadora, impresora,
Financiamiento por parte del tesista.

Humanos:

- Dr. Jorge Barajas Elizondo
Investigador principal

-Dr. Rafael Bustos Saldaña
Medico Familiar y Jefe de Enseñanza del HGZ # 9 IMSS Cd. Guzmán Jalisco.
Asesor y Director de tesis

RESULTADOS

SEXO:

Se obtuvo una frecuencia de 53 niñas, (49.5 %) y 54 niños (50.5%)

EDAD:

El promedio de edad fue de $1.9 \pm$ años con una desviación estándar de 1.335 (0 a 5 años)

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de edad por grupos

TABLA 1. EDAD DE LOS PACIENTES:

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR DE 1 AÑO	25	23.4
1 A 2 AÑOS	24	22.4
2 A 3 AÑOS	25	23.4
3 A 4 AÑOS	20	18.7
4 A 5 AÑOS	13	12.1
TOTAL	107	100%

ESCOLARIDAD:

La siguiente tabla nos muestra la escolaridad dividida en 2 grupos, si el pacientito es preescolar o aun no.

TABLA 2. ESCOLARIDAD.

PREESCOLAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	93	86.9%
SI	14	13.1%
TOTAL	107	100%

TOS:

En la siguiente tabla nos muestra la frecuencia de presencia de tos en el total de niños atendidos con infección respiratoria aguda

TABLA 3. PRESENCIA DE TOS

TOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	12	11.2%
SI	95	88.8%
TOTAL	107	100%

DIAS CON TOS.

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de días de evolución con tos presentados hasta la fecha en que se presentan a consulta

TABLA 4 DIAS CON TOS

DIAS CON TOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN TOS	12	11.2%
1 DIA	39	36.4%
2 DIAS	27	25.2%
3 DIAS	20	18.7%
4 DIAS	6	5.6%
5 DIAS	1	0.9%
7 DIAS	1	0.9%
15 DIAS	1	0.9%
TOTAL	107	100%

HIPERTERMIA NO CUANTIFICADA:

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de presencia de hipertermia referida en los pacientes que acudieron a consulta por infección respiratoria aguda

TABLA 5. PRESENCIA DE FIEBRE O HIPERTERMIA REFERIDA

FIEBRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	42	39.3%
SI	65	60.7%
TOTAL	107	100%

DIAS CON HIPERTERMIA NO CUANTIFICADA

En la siguiente tabla nos muestra la frecuencia de días con presencia de hipertermia referida en los pacientes estudiados

TABLA 6 DIAS CON FIEBRE

DIAS CON FIEBRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN FIEBRE	42	39.3%
1 DIA	52	48.6%
2 DIAS	10	9.3%
3 DIAS	3	2.8%
TOTAL	107	100%

PERDIDA DEL APETITO EN LOS NIÑOS CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

La siguiente tabla nos muestra la presencia de perdida del apetito en los niños atendidos en el presente estudio por infección respiratoria aguda

TABLA 7 PRESENCIA DE PERDIDA DEL APETITO

DEJO DE COMER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	42	39.3%
SI	65	60.7%
TOTAL	107	100%

DIAS CON PÉRDIDA DEL APETITO

En la siguiente tabla nos muestra la frecuencia de pérdida del apetito en los pacientitos que acudieron a consulta por infección respiratoria aguda.

TABLA 8 DIAS CON PÉRDIDA DEL APETITO

DIAS CON PERDIDA DE APETITO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN ALTERACION	42	39.3%
1 DIA	45	42.1%
2 DIAS	15	14.0%
3 DIAS	4	3.7%
7 DIAS	1	0.9%
TOTAL	107	100%

RINORREA

Se obtuvo una frecuencia de 89 pacientes (83.2%) con rinorrea en el presente estudio

El promedio de tiempo con rinorrea fue de 1.39 días con una desviación estándar de 1.007 (1 a 7 días)

En la siguiente tabla nos muestra la frecuencia de número de días con la presencia de rinorrea

TABLA 9. DIAS CON RINORREA

DIAS COON RINORREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN RINORREA	18	16.8%
1 DIA	42	39.3%
2 DIAS	38	35.5%
3 DIAS	8	7.5%
7 DIAS	1	0.9%
TOTAL	107	100%

RINORREA VERDE

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de moco verde presentado en los pacientes hasta el día de presentarse a consulta

TABLA 10. RINORREA VERDE

RINORREA VERDE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	18.7%
NO	87	81.3%
TOTAL	107	100%

DIFICULTAD PARA RESPIRAR

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de dificultad respiratoria en el total de pacientes que se presentan por infección respiratoria aguda.

TABLA 11. DIFICULTAD PARA RESPIRAR

DIFICULTAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	88	82.2%
SI	19	17.8%
TOTAL	107	100%

DIAGNOSTICOS DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de diagnósticos de infección respiratoria aguda al momento de su atención.

TABLA 12. DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Faringoamigdalitis	50	46.7%
Rinofaringitis	45	42.2%
Bronquitis	11	10.2%
Bronquiolitis	1	0.9%
TOTAL	107	100.0%

TRATAMIENTO PREVIO

Se obtuvo un frecuencia de 58 pacientes (54%) quienes tomaron algún tratamiento médico previo (automedicado).

En la siguiente tabla nos muestra la frecuencia de tratamientos médicos impartidos por sus familiares antes de acudir a consulta (automedicados)

TABLA 13. TRATAMIENTOS PREVIOS

Tipo medicación	Frecuencia
Paracetamol	35
Ambroxol	10
Ampicilina	3
Mejoralito	4
Desenfriolito	3
Clorfenamina	2
Neomelubrina	2
Penicilina proc. 400,000	1
Bisolvon	1
Vick vaporoud	1

TIEMPO TOMADO DE DICHOS TRATAMIENTOS

El promedio de tiempo tomado fue de 1.6 días \pm 0.84 días (1 a 4 días).

En la siguiente tabla nos muestra la frecuencia del tiempo que tomaron los tratamientos médicos previos a la consulta.

TABLA 14. TIEMPO TOMADO

TIEMPO TOMADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 DIA	32	54.2%
2 DIAS	16	28.8%
3 DIAS	8	13.6%
4 DIAS	2	3.4%
TOTAL	58	100.0%

REMEDIOS CASEROS.

En la siguiente tabla se muestra la frecuencia de pacientes que tomaron algún remedio casero antes de acudir a consulta médica.

TABLA 15. REMEDIOS CASEROS

REMEDIO CASERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	45	42.1%
SI	62	57.9%
TOTAL	107	100.0%

TIPO DE REMEDIO CASERO

En la siguiente tabla se muestra la frecuencia del tipo de remedio casero ingerido por los pacientitos.

TABLA 16. TIPO DE REMEDIO CASERO

Remedio casero	Frecuencia
Te de manzanilla	38
Te de gordolobo	21
Te de eucalipto	4
Te de yerbabuena	4
Te de limón	3
Te de vaporoud	3
Te de estafiate	2
Te de sábila	2
Te de canela	2
Te de flor de saúco	2
Te de hojas de guayaba	1
Aceite de ménem	1
Te de albácar	1
Jugo de arroz	1
Te de ajo	1
Te de pasas	1

TIEMPO TOMADO DE DICHOS REMEDIOS CASEROS

En la siguiente tabla nos muestra la frecuencia del tiempo que tomaron los remedios caseros, previos a la consulta.

TABLA 17. TIEMPO TOMADO DE REMEDIOS CASEROS

TIEMPO TOMADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 DIA	29	46.8%
2 DIAS	20	32.3%
3 DIAS	10	16.1%
5 DIAS	3	4.8%
TOTAL	62	100.0%

TUTOR

El promedio de edad del tutor fue de 30.832 \pm 9.5 años (18 a 65 años de edad)

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de tutor (quien se encuentra al cuidado del niño) al momento de llevarlo a consulta

TABLA 18. TUTOR QUE CUIDA AL NIÑO

TUTOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mama	93	86.9%
Abuela	9	8.4%
Tía materna	4	3.7%
Papá	1	0.9%
TOTAL	107	100.0%

SEXO DEL TUTOR

Solamente en un paciente su tutor fue masculino (papa cuidador), y en el resto 106 pacientes eran cuidados por personas del sexo femenino.

ESCOLARIDAD DEL TUTOR

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de escolaridad referida por los tutores al llevar a un pacientito a la consulta por infección respiratoria aguda.

TABLA 19. ESCOLARIDAD DEL TUTOR

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria incompleta	63	58.9%
Primaria completa	28	26.2%
Secundaria terminada	12	11.2%
Secundaria incompleta	3	2.8%
Bachillerato	1	0.9%
Total	107	100.0%

DISCUSION

En el presente estudio fueron estudiados 107 pacientes menores de 5 años de edad, se encontró que en 58 casos (54%) fueron medicados con tratamiento alópata, el cual al compararlo con un estudio realizado en Perú donde se observó que de una población de 371 personas estudiadas, se automedicaron en el 44% (1), se encontró que existe cierta similitud en el porcentaje, con una proporción ligeramente menor que en nuestro estudio. Dicha medicación en ambos estudios quizá sea debido a que la gran mayoría de los encuestados, tiendan a guardar en casa medicamentos utilizados previamente, y de este modo tiendan a reutilizar residuos o sobrantes de dichos medicamentos o tiendan a guardar las cajitas, o envases vacíos para volver a surtirlos después y también probablemente debido a que pertenecen a un estrato socioeconómico bajo donde no tienen muchos recursos económicos para pagar una consulta médica.

Además en dicho estudio realizado en Perú, comparamos que el nivel de escolaridad máxima de los estudiados, se encontró que presentaban un nivel de conocimientos medio (secundaria terminada) y solo un 17.3 % presentó conocimiento bajo (primaria incompleta); en cambio en nuestro estudio la mayoría de los cuidadores que otorgaron un medicamento (58.9 %) tenía primaria incompleta, y solo un 11.2% presentó secundaria terminada dicho bajo nivel de conocimientos probablemente favorezca la automedicación.

Por otro lado, también en ese estudio realizado en Perú se encontró que el medicamento más usado (45.44%) por las personas que se medicaron era del grupo de los AINES (antiinflamatorios no esteroideos), seguido por el grupo de los antibióticos (27.6%), sin embargo en nuestro estudio la mayoría utilizó paracetamol en 35 pacientes (37.5%), seguido de ambroxol en 10 casos (9.3%) es porque son medicamentos comunes o más usados o por que son medicamentos que los pacientes tienden a guardar en casa.

En otro estudio realizado en Colombia, al estudiar el nivel conocimiento y prácticas realizadas por las madres de niños menores de 5 años para el manejo

de IRA (19), en una población rural, se encontró que coinciden en muchos comportamientos asumidos por las madres o cuidadores para el manejo de las IRA, no neumonía, en los menores. Todas las madres pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y tienen un nivel de escolaridad bajo, ya que 37.4% cuenta con secundaria incompleta, 23.2% primaria incompleta y solo 21.2% tiene secundaria completa, observándose que tanto allá como aquí prevalece un bajo nivel de escolaridad.

En nuestro estudio se observó que el 57.9 % de las madres o cuidadores impartió algún remedio casero, en el cual los 5 mas usados fueron: el té de manzanilla, el té de gordolobo, el té de eucalipto, el té de yerbabuena y el té de limón; en cambio, en el estudio realizado en Colombia refieren que la mayoría de las madres realizan para el manejo de fiebre y tos, preparaciones caseras a base de: hierbas y jugo de cítricos con miel de abeja, (miel de abeja con mantequilla y ramas de eucalipto, agua con linaza y clara de huevo, agua de perejil , de arroz y de manzana, rodajas de limón en las axilas, rebanadas de papa en el estomago, venditas de vinagre en la frente, sábila con clara de huevo y miel de abeja, bebidas de saúco, ramas calientes con infundía en el pecho, entre los mas usados) observando que tanto allá como aquí debido a sus hábitos y costumbres utilizan muchos remedios caseros, observando entre otros que el té de eucalipto, coincide en los dos estudios, ser uno entre los tipos de tés más usados para combatir la fiebre y tos.

En un estudio similar realizado en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca, (14), al valorar las creencias y acciones sobre infecciones respiratorias en niños menores de 5 años, lo mas sobresaliente es que las madres refieren que el manejo es quitar el frío del cuerpo con remedios calientes, existiendo una gran demanda al uso de hierbas que de mayor a menor uso son: gordolobo, canela, y flores de bugambilia, entre los mas usados, comparado con nuestro estudio que los remedios caseros más usados fueron manzanilla, gordolobo y eucalipto. Sin embargo , se destaca un hallazgo importante de las comunidades mixtecas, que la clínica oficial de primer nivel es el recurso médico menos utilizado; y solamente acuden a este servicio cuando perciben que la enfermedad del niño es de

gravedad, esto quizás debido a que aún no toda la población domina el idioma español, y aun permanecen costumbres de darle una causa de castigo por dios todopoderoso o por espantos, y de acudir al curandero o rezandero quien realiza la acción de llevar al niño al lugar donde se espantó y rezarle y orarle, en mixteco y comunicarse con el santo San Miguel para que lo alivie. Y que debido a sus costumbres, se observa que aun persiste teniendo un significado divino en las enfermedades de IRA en niños.

En un estudio realizado en Cuba, llama la atención el elevado porcentaje de casos donde se usan medicamentos específicos como antihistamínicos, broncodilatadores y esteroides en el manejo inadecuado de IRA, asimismo comparan que estudios similares reportan igualmente un predominio de la prescripción excesiva e inapropiada de alto consumo de antibióticos a expensas de IRA como en estudios realizados en Francia y Noruega (9).

CONCLUSIONES

Se estudiaron a 107 niños menores de 5 años con IRA, de los cuales se observó que el grupo de edad más frecuentemente afectado que acudió a consulta fue el de niños menores de 1 año de edad, en igual porcentaje que los de 2 a 3 años de edad, seguidos del grupo de niños de 1 a 2 años y el grupo de menor porcentaje afectado fueron los de 3 a 5 años.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

En cuanto al sexo mayormente afectado se observó que predominó el grupo del sexo masculino solo por un caso más que el del grupo femenino.

De acuerdo a la escolaridad, predominó grandemente el grupo de no escolares (preescolar) con 93 casos (86.9%) y solo 14 casos (13.1 %) si eran estudiantes de preescolar kinder;

Se observó que 95 casos (88.8% del total) presentó tos, y solo 12 casos (11.2%) negaron haber tenido tos, en los que afirmaron que si tenían tos predominó el grupo de 1 día de evolución con tos.

Se observó que el signo clínico más frecuente presentado en los pacientitos estudiados fue la tos, seguido de rinorrea hialina, seguido en igual porcentaje por fiebre y pérdida del apetito, después la presencia de moco verde y solo una minoría presentó dificultad para respirar.

La hipertermia referida estuvo presente con solo un día de evolución en casi la mitad del total de los pacientes estudiados. La hipertermia no cuantificada estuvo presente en 65 niños (60.7%) y el 39.3% (42 casos) negaron haber tenido fiebre, de los cuales de los que si afirmaron haberla tenido predominó el grupo de 1 día de evolución (48.6%) con 53 casos. La hipertermia no cuantificada al igual que la perdida del apetito estuvo presente en el 60.7% de los pacientitos estudiados.

En cuanto a perdida del apetito se observó que en 65 pacientitos si estuvo presente (60.7%), y el resto 39.3% (42 casos) no la presentaron; predominando el grupo de 1 día de evolución con perdida del apetito con 45 casos (42.1%). La

perdida de apetito en la mayoría fue referida de 1 día de evolución en casi la mitad de la población estudiada.

En 89 pacientitos (83.2%) estuvo presente la rinorrea hialina, el promedio de tiempo con rinorrea fue de 1.39 días con una desviación estándar de 1.007. Se observó que casi la mitad del universo estudiado refirió rinorrea de 1 día de evolución, seguido del grupo de 2 días de evolución.

Solo 20 casos (18.7%) presentaron moco verde, y el resto 81.3% no lo presentaron; mientras tanto, solo una minoría (17.8%) presentó datos de insuficiencia respiratoria.

TIPO DE DIAGNOSTICO

En el presente estudio se observó que el diagnostico de faringoamigdalitis fue la entidad clínica de presentación mas frecuente con 50 casos (46.7%), seguido de rinofaringitis con 45 casos (42.2%), después bronquitis en 11 casos (10.2%) y el de menor porcentaje fue bronquiolitis con un caso (0.9%)

TRATAMIENTO OTORGADO

Se encontró que 58 de ellos (54%), fueron medicados por sus cuidadores con algún tratamiento médico antes de acudir a consulta medica, y por otro lado se observó que 62 pacientitos (57.9%) fueron tratados con remedios caseros.

En cuanto a los tratamientos médicos impartidos por los padres, tutores o cuidadores de los menores, se encontró que el de mayor frecuencia fue el paracetamol con 35 casos, seguido del ambroxol dado a 10 pacientitos, mejoralito en 4 niños, ampicilina en 3 casos, desenfriolito en 3 casos, clorfenamina en 2, neomelubrina suspensión en 2 niños, penicilina procaínica de 400,000 inyectable en 1 caso, Bisolvon en 1 y Vick vaporoud en 1.

En cuanto al tiempo tomado de dicho tratamiento se observó que el grupo que predominó fue el que refirió haberlo tomado por solo un día en 32 casos (54.2%), seguido por los que refirieron haberlo tomado por 2 días en 16 casos (28.8%), después el grupo de 3 días en 8 casos (13.3%), y El de menor porcentaje fueron los que lo tomaron por 4 días en 2 casos (3.4%).

REMEDIOS CASEROS OFRECIDOS

Por otro lado las mamás, cuidadores o tutores, de los pacientitos que refirieron haber indicado algún remedio casero a los pacientitos con la finalidad de disminuir los síntomas en este estudio, fue más de la mitad del total del universo de los niños estudiados, en 62 casos, (57.9%).

Se observó que el remedio casero mas indicado fue el te de manzanilla en 38 casos, seguido del te de gordolobo en 21 pacientitos, seguido en igual frecuencia te de eucalipto y te de yerbabuena ambos con 4 casos, seguido por te de limón en igual frecuencia que te de vaporoud en 3 casos cada uno, y en menor proporción te de estafiate, te de sábila, te de canela y te de flor de saúco en 2 casos cada uno, y el tipo de remedio casero en que solo un pacientito lo tomó fue en varios tales como el te de hojas de guayaba, aceite de ménem, te de albácar, jugo de arroz, te de ajo, y te de pasas.

En cuanto al tiempo tomado de dichos remedios caseros se identificó que prevaleció el grupo que solo lo tomó por un día en 29 casos (46.8%), seguido por el grupo que refirió haberlo tomado 2 días en 20 casos (32.3%), después los que lo tomaron 3 días en 10 casos (16.1%) y finalmente los del grupo que lo tomaron por 5 días en 3 casos (4.8%).

CARACTERISTICAS DE LOS TUTORES

Se observó que el promedio de edad de las mamás o tutores que estaban al cuidado del niño enfermos de IRA, fue de 30 años +/- 9.5 años. En cuanto al tipo de tutor que cuidaba al niño se observó que el de mayor porcentaje fue la mamá que mas prevaleció en dicho estudio en 93 casos (86.9%), seguido por la abuela en 9 casos (8.4%), después por la tía en 4 casos (3.7%) y solo en un caso el tutor fue el papá quien se encontraba al cuidado del niño.

En cuanto a la escolaridad del tutor que se encontraba al cuidado del niño se observó que la mayoría tenía primaria incompleta en 63 casos (58.9%), seguido por el de primaria completa en 28 casos (26.2%), en menor porcentaje fue el de

secundaria terminada en 12 casos (11.2%) y solo en un caso la mamá tenía bachillerato como grado máximo de estudios.

CONCLUSION GENERAL

En el presente estudio más de la mitad de nuestro universo de trabajo utilizó medicación alópata y/o remedios caseros para remediar síntomas de IRA, indicado por sus cuidadores o tutores antes de acudir a consulta médica, confirmando que es alta la automedicación.

SUGERENCIAS

PARA EL PACIENTE:

- Evitar adquirir medicamentos por iniciativa propia hasta haber recibido consulta medica por un profesional.
- Evitar ingerir medicamentos por recomendación de un familiar, vecino, amistad o otro que no sea profesional en la salud.
- Evitar iniciar tratamientos por iniciativa de los propios pacientes (o los padres en el caso de los niños).
- Evitar la reutilización de una receta anterior para la misma persona.
- Evitar la reutilización de una receta para una persona diferente.
- Evitar la administración de un medicamento a partir del botiquín casero.
- Evitar la dispensación en la farmacia por solicitud directa del paciente ya sea: oralmente, a través de cartonillos de envases ya utilizados o por medio de papeles con el nombre comercial escrito.
- Evitar la dispensación a través de la medicación del farmacéutico o auxiliar.

PARA EL PERSONAL MEDICO:

- El medico debe estar educado médicamente para tener mejor capacidad para manejar las IRA.
- Evitar el uso indiscriminado e innecesario de antibióticos, ya que aumentan el costo de la atención, incrementan los gastos en la familia, el riesgo de complicaciones y el desarrollo de resistencia bacteriana.
- El médico de familia debe conocer lo que toma el paciente desde el inicio de su padecimiento.
- El médico debe educar a la madre o cuidador del paciente, explicándole la fisiopatología de su enfermedad, el diagnóstico y el manejo que se necesita.
- El médico debe dar confianza a los familiares del pacientito y hablar en forma clara.

- El médico debe llevar un seguimiento y control en los casos de IRA en niños menores de 5 años
- El médico debe explicar a los cuidadores, los elementos clave para la atención domiciliaria, como administración apropiada de líquidos, mantener lactancia materna, alimentación adecuada, alivio de obstrucción nasal si interfiere en la alimentación, control de temperatura con medios físicos, evitar colocar gotas óticas.
- El médico debe dar señales de alarma y explicar a la mamá y cuidadores para que regresen nuevamente a él cuando persista o empeore el cuadro de IRA.
- El médico familiar de 1er nivel, debe saber reconocer signos de gravedad y derivar al pacientito a un 2º o 3er nivel cuando este presente datos de complicación (ej. Neumonía, bronquitis, etc.)
- El médico debe instruir a los pacientes sobre las consecuencias negativas de la automedicación.

PARA LOS FARMACEUTICOS:

- Los farmacéuticos deberán adoptar una actitud firme y no dispensar ni recomendar antibióticos sin la debida prescripción médica.

PARA AUTORIDADES SANITARIAS:

- Poner en marcha programas de Educación Sanitaria para concienciar el riesgo individual y social
- Difundir a través de los medios de comunicación (radio, televisión) educación para la salud en donde se hable sobre riesgos en la automedicación.
- Desarrollar políticas, planes y programas tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Factores asociados a la incidencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en mayores de 18 años del distrito de Chiclayo- Perú. Enero- marzo 2005. (180907). Disponible en: [http// www. Monografías.com/ trabajos 27/ Automedicación / Automedicación. shtm](http://www.Monografias.com/trabajos27/Automedicación/Automedicación.shtm)

- 2.- Loyola FA. Proyecto Bambuí: un abordaje cualitativo de automedicación. Cuadernos de Salud Pública. 2004; 20(6) 1661-1669. Disponible en (12/09/07): www.boletinfarmacos.org/012005/Temas%20Administrativos%20y%20Sociales.htm

- 3.- Guías clínico terapéuticas de atención primaria del IMSS. (22/09/07) disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/dpmedicas/guiasclinicas/GuiasClinicas/EnfermedadesInfecciosas/InfecRespAgud/infecrespagud.html>

- 4.- Secretaria de Salud, Subsecretaria de Servicios de Salud. Dirección general de Medicina Preventiva. Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Diarreicas e infecciones Respiratorias Agudas. NOM-SSA-2-1999, Para la atención a la salud del niño.

- 5.- Romero PM, Mas BP, Contaminación atmosférica, asma bronquial e infecciones respiratorias agudas en menores de edad, de la Habana. Salud Pública de México 2004;46(3).222-33

- 6.- Salas ChP, Alfaro BW. Variación estacional de infecciones respiratorias virales en niños hospitalizados. Rev. Méx. Ped. 2005;72(1).5 – 8

- 7.- Razón BR. Prevención de las infecciones respiratorias agudas. Presente y futuro. Rev Cubana Pediatr 2003;75(4)

(12/09/07) Disponible en: www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312003000400006&script=sci_arttext - 41k -

8. - Prieto HM, Russ DG, Reitor LL. Factor de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev.Cubana Med Gen Integr 2000 16 (2): p 160-4

9.- Robaina SG, Campillo MR. Morbilidad y manejo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev. Cubana Pediatr. 2003:75 (3).

10.- Centro para el desarrollo de la Fármaco epidemiología. Manejo de las infecciones respiratorias agudas. Rev. Cubana Farm. 2002; 36 (2):138-40

11.- Medina VA, Pérez MA, Impacto de la capacitación medica sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas en niños. Rev. Cubana Pediatr 2003; 76 (2).

(12/09/07) Disponible en:
www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312003000200003&lng=es&nrm=iso

12.- Vaca MA, Sierra MP. Panorama epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de los Estados Unidos Mexicanos. Comparación con 5 países del continente americano. Rev. Inst. Nac. Enf. Resp. Méx. 1999;12(2).120-128.

13.- Arenas ML, Hernández TI, Promoción de la salud e infecciones respiratorias agudas en México Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Méx. 1999;12 .129 – 34.

14.- Romero HC, Vaca MA, Bernal DA. Creencia sobre infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años: Estudio etnográfico en 2 comunidades indígenas del estado de Oaxaca. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. 1999;12 (4).250 – 61

15.- Prieto HM, León MM, Hernández CF. Uso de jarabes, antitusivos y otros medicamentos en las infecciones respiratorias agudas. Rev. Cubana Med Gen Integr 2000, 16 (2),150-5.

16.- Santos PJ, Franco PC. Vacunación contra influenza en la infancia: una estrategia preventiva de prioridad nacional. Salud Pública de México. 2004; 46 (6). 498-500.

17.- Gutiérrez GM, Reyes HM, Fernández S. Impacto de los servicios de salud, el saneamiento y la alfabetización en la mortalidad de menores de 5 años. Salud Pública de México. 1999; 41 (5). 368 – 75.

18.- Rodríguez VS, Rojas- Hernández R. Encuesta rápida de información de salud a madres del estado de Guanajuato

Disponble en (12/09/07):
www.imbiomed.com/1/1/autores.php?method=listArticlebyAuthor&id_revista=36&id_autor=25744 - 13k -

19.- Lucía CM. Muñoz L. Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, No neumonía en menores de 5 años. Colombia Med. 2001;32:41- 48.

20.- Martínez MM. Villanueva VC, Sánchez MJ, conocimiento sobre infección respiratoria en niños menores de 5 años. Bol. Clin. Hosp. Infant. Edo. Son. 2002;19:64- 69.

21.- Hernández NB., Eiros BJ. Automedicación con antibióticos: una realidad vigente. Microbiología. Facultad de Medicina y Hospital Clínico de Valladolid. Rev. Temas de hoy, Centro de Salud 2001:..357-64

22.- Gallegos FE, Perol P, Calvo MJ. La automedicación en un centro de Atención Primaria. Revista OFIL 1992; 4: 225-231.

23.- LOMELI A.: Graves Daños a la Salud. Boletín electrónico latinoamericano para fomentar el uso adecuado de medicamentos. Disponible en (30205): www.boletinfarmacos.orgdownloadsep01

24.- Cabrera CR, Rincón VM, Irigoyen–Coria A. nuevas perspectivas en el estudio de las infecciones respiratorias agudas Archivos en Med Fam 2002;(3):109 -112.

ANEXOS

*HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA _____ NOMBRE DEL PACIENTE _____

AFILIACION _____

EDAD _____ SEXO _____ ESTUDIA PREESCOLAR _____

SIGNOS Y SINTOMAS:

TIENE TOS _____ CUANTOS DIAS _____

TUVO FIEBRE _____ CUANTOS DIAS _____

HA DEJADO DE COMER _____ DESDE CUANDO _____

TIENEN FLUJO NASAL _____ CUANTOS DIAS _____

TIENE MOCO VERDE ESPESO _____ CUANTOS DIAS _____

TUVO O TIENE DIFICULTAD PÀRA RESPIRAR _____

1.- ¿ADMINISTRO ALGUN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PREVIAMENTE SIN PRESCRIPCION MEDICA PARA ESTOS SINTOMAS REFERIDOS?: SI / NO

2.- ¿QUE MEDICAMENTOS LE DIO? _____

3.- ¿POR CUANTO TIEMPO? _____

4.- ¿LE DIO ALGUN REMEDIO CASERO?: SI _____ NO _____

5.- ¿QUE TIPO DE REMEDIO CASERO LE DIO? _____

POR CUANTO TIEMPO _____

6.- QUIEN SE ENCUENTRA AL CUIDADO DEL NIÑO _____

7.- RELACION DE PARENTESCO _____

8.- EDAD _____ SEXO _____

9.- ESCOLARIDAD _____

GLOSARIO DE TERMINOLOGIA MEDICA

IRA = Infección respiratoria aguda

OMS = Organización mundial de la salud

VSR = Virus sicitial respiratorio

IMSS = Instituto Mexicano del Seguro Social

FR = Frecuencia respiratoria

EPS = Educación para la salud

Cols. = Colaboradores

ISSSTE = Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

EDAS = Enfermedades diarreicas agudas

AINES = Anti-inflamatorios no esteroideos

HGZ = Hospital General de Zona

HGR = Hospital General Regional