

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**“AUTOMEDICACIÓN CON ANTIBIÓTICOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD VILLA LIBERTAD Y ROGER
OSORIO, I SEMESTRE, 2017”**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO GENERAL

AUTORES:

BR. MEYLIN DEL ROSARIO AGUILAR

BR. KATHERINE BEATRIZ CHÁVEZ ROA.

TUTORA:

DRA. FLAVIA VANESSA PALACIOS RODRÍGUEZ

MANAGUA, NICARAGUA 2018

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

DEDICATORIA

A Dios, por darnos el don maravilloso de la vida, fuerzas, sabiduría, salud y muchas oportunidades para superarnos académicamente y espiritualmente.

A nuestros Padres, quienes nos han brindado nuestro apoyo incondicional, a pesar de sus problemas económicos y de salud, han estado pendientes de nosotros, proporcionándonos lo que necesitamos para nuestra formación.

A nuestros Profesores y Profesoras, quienes con mucha dedicación y paciencia, nos han transmitido sus conocimientos, experiencias y poco a poco han ido moldeando nuestro entendimiento para hacer de nosotros personas de bien.

A todas las personas que de una u otra forma nos han apoyado, para poder subir un peldaño más en el mundo profesional.

A nuestra tutora, por su destacada labor docente y por ser nuestro guía y nuestro ejemplo en el camino educativo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirnos culminar con esta monografía y darnos la voluntad de continuar en nuestra lucha por ser cada día mejor.

Al Personal Docente de la Facultad de Medicina, quienes con su empeño, paciencia y dedicación han contribuido a nuestra formación científica y humanitaria, por ser nuestros modelos inculcándonos buenos valores.

A la Dra. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez, nuestra tutora, por su apoyo y dedicación en nuestro trabajo, por contribuir al éxito de esta monografía.

A nuestros padres, por su apoyo incondicional, que el Señor les bendiga y derrame muchas bendiciones sobre ellos.

Contenido

CAPÍTULO I: GENERALIDADES	2
DEDICATORIA	2

AGRADECIMIENTO	3
1.1 INTRODUCCIÓN	6
1.2 ANTECEDENTES	8
A nivel internacional.....	9
A Nivel Nacional:	10
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	11
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.5 OBJETIVOS	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos:.....	14
1.6 MARCO TEÓRICO.....	14
1.6.1 Automedicación	14
1.6.2 Clasificación de la automedicación	15
1.6.3 Motivos de la automedicación	16
1.6.4 Consecuencias de la automedicación	17
1.6.5 Resistencia bacteriana.....	18
1.6.6 Mecanismos de resistencia bacteriana	19
1.6.6 Antibióticos	20
1.6.7 Antibióticos precisados en la práctica clínica pediátrica.....	21
CAPITULO II: Diseño metodológico	25
2.1 Tipo de estudio.....	25
2.2 Universo	25
2.3 Muestra	26
Criterios de inclusión.....	26
Criterios de exclusión	27
2.4 Método, técnica e instrumento de recolección de la información.....	27
2.5 Plan de tabulación y análisis	27
2.6 Enunciado de las variables por objetivos.....	28
2.7 Operacionalización de las variables	28
2.8 Consideraciones éticas	31
CAPITULO III: DESARROLLO	32
3.1 RESULTADO	33
3.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	38

3.3 CONCLUSIONES	41
3.4 RECOMENDACIONES	42
CAPITULO III: BIBLIOGRAFIA.....	43
3.1 Básica.....	44
3.2 De Consulta.....	46
CAPITULO IV: ANEXOS.....	47
4.1 Cuadros y graficas	48
4.1.1 Tablas	48
4.1.2 Gráficos	58
4.2 Instrumento de recolección de datos	66

1.1 INTRODUCCIÓN

La resistencia a los antimicrobianos se ha convertido en la actualidad, en la epidemia silente del siglo XXI y, hasta ahora no ha podido ser detenida. Numerosos expertos

coinciden en señalar que por lo menos la mitad del uso humano de los antimicrobianos, ya sea en la comunidad como en los hospitales, resulta innecesario e inapropiado.

Según la OMS la automedicación con antibióticos puede desembocar en una epidemia de superbacterias ya que por la venta y el uso inapropiado de antibióticos esto conduce a al aumento en la resistencia de las bacterias con lo que se reduce el número de antibióticos efectivos, y esto resulta todavía aún más alarmante si se tiene en cuenta que en los últimos 25 años no se han descubierto nuevos antibióticos.

Además de las consecuencias sanitarias del mal uso de los antibióticos, esta práctica supone también pérdidas económicas ya que las infecciones resistentes pueden ser 100 veces más caras que tratar las no resistentes.

Según la OPS en Las Américas hay una gran resistencia bacteriana por parte de E.Coli, K. Pneumoniae, S.Aureus, a las cefalosporinas de tercera generación, a la Meticilina, lo cual significa que el tratamiento con los antibióticos habituales no funciona, siendo la causa principal de una resistencia bacteriana el uso inadecuado de los antibióticos.

En Nicaragua no se encuentran estudios suficientes publicados acerca de la automedicación, sin embargo los pocos accesibles son de suma importancia acerca de las consecuencias que puede traer la esta práctica, no hay estudios realizados acerca del impacto de esta, pero si hay opiniones de especialistas las cuales coinciden con las publicaciones de la OMS.

Existe cultura generalizada del país ciertas acciones de autocuido médico en caso de que un familiar, máxime cuando son niños, tienden a automedicarse teniendo en cuenta solamente las sugerencias de otros o incluso la experiencia adquirida ante situaciones similares.

En esta investigación se encontraron datos acerca de la automedicación en niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Villa Libertad y Roger Osorio durante el I Semestre. De esta manera se encuentran entre sus resultados no solamente los datos en porcentaje de cuantas personas llevan a cabo la acción de automedicar a sus niños (hijos o familiares) sino también las situaciones antes las cuales toman esta acción y como la población tutora utiliza antibióticos de manera empírica.

1.2 ANTECEDENTES

Sobre el tema de investigación se han realizado algunos estudios entre los cuales más importante encontramos:

A nivel internacional

Churata P. (2017) en su estudio sobre la caracterización de la automedicación con antibióticos en emergencia de pediatría del Hospital regional de Ayacucho 2016, encontró que el 23.8% de padres automedicaron a sus hijos con antibióticos, las madres eran 81.7%; en los padres el nivel secundario completo fue del 32.9%. En los pacientes pediátricos, el grupo de los lactantes con 28%, seguido de los preescolares con 26.8% predominaron más. Los antibióticos más usados fueron los betalactámicos, según el tipo la amoxicilina con 25.6%, seguido del grupo de los macrólidos con 18.3%. El 50% adquirió el antibiótico por recomendación del farmacéutico y el 72% lo consiguió allí. El síndrome febril y respiratorio predominaron con 30.5% y 22% respectivamente. La facilidad de la adquisición fue del 72%. Concluyendo que el índice de automedicación es más alto que a diferencia de otros estudios. Existiendo confianza de los padres hacia el personal de farmacia para automedicar y una relación directa con el nivel de escolaridad secundario; prevaleciendo los síndromes febriles y respiratorios en esta población.

Guevara V. (2016) en su estudio sobre las estrategias para disminuir la automedicación en niños menores de cinco años en el servicio de pediatría del Hospital IESS Ambato, entre sus hallazgos principales se encuentran que el 94% de padres de familia refieren haber automedicado a sus hijos en algún momento, el 66% refiere a ver automedicado antes de asistir algún establecimiento de salud ,mientras que un 72% desconoce cuáles son las consecuencias que puede causar la automedicación en los niños y dentro de los medicamentos que con mayor frecuencia se utilizan en los niños están los analgésicos 35% produciendo consecuencias en la salud de los niños, lo que evidencia que los padres de

familia necesitan educación para mejorar la calidad de vida de sus hijos. Con estos antecedentes se plantea la propuesta "Guía educativa a los padres de familia o cuidadores para disminuir la automedicación en niños menores de cinco años".

Quiñonez L. (2014), estudio realizado en Ecuador sobre las Causas de la automedicación en niños menores de 5 años por los cuidadores atendidos en el área de emergencia del Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante de la Ciudad de Guayaquil año 2013 , obteniéndose como hallazgos principales que el 36% de los cuidadores tienen niveles de escolaridad primaria y el 47 % secundaria, lo que significa que la principal causa de la automedicación está relacionada con el conocimiento limitado de los cuidadores sobre las complicaciones que esto genera, además el 41% de los cuidadores tuvieron como primera reacción ante la enfermedad del niño, la preparación de un remedio casero, mientras que el 86% compran diferentes tipos de medicamentos en las farmacias por la facilidad con que estos se pueden adquirir sin receta médica, debido a los limitados controles por parte de las autoridades gubernamentales. Dentro de los medicamentos que con mayor frecuencia se utilizan de forma empírica en niños están los analgésicos 26% y antidiarréicos 25%; por este motivo se planteó como propuesta la planificación de un programa educativo para los cuidadores de los niños menores de cinco acerca de los riesgos de la automedicación contribuyendo a la eliminación de esta mala práctica.

A Nivel Nacional:

Según un artículo publicado en el Diario La Prensa 2015, acerca de la automedicación en Nicaragua, el Dr. Enrique Sánchez, director de educación médica del Hospital Metropolitano Vivian Pellas manifestó que: "la automedicación se debe a la falta de

recursos de la población, falta de educación y porque no existe en el país una regulación estricta de la venta de medicamentos”.

Se llevó a cabo investigación sobre la automedicación en Barrio Santa Ana Sur Managua durante el periodo de Mayo- Noviembre del 2010, teniendo por finalidad valorar la automedicación en niños de 0 a 5 años que presentan enfermedades respiratorias, indicando que los medicamentos más utilizados durante el estudio son los analgésicos (26%) y los antibióticos (20%) y las enfermedades de mayor prevalencia durante Mayo- Noviembre son gripe (33%) y tos (25%) estas enfermedades fueron las más automedicadas.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades infecciosas son la primera causa de morbi-mortalidad, y el uso de antibiótico es la primera opción pensando en una pronta mejoría, además de ser de fácil acceso sin receta en las farmacias y la experiencias previas en la utilización del mismo;

siendo estas una de las causas más comunes de automedicación causantes de problemas más serios como la resistencia antimicrobiana provocando altos costos en días de estancia hospitalarias y de antibióticos más caros.

Esta investigación pretende exponer que en la mayoría de las situaciones de enfermedades infecciosas presentadas por niños menores de 5 años, los padres o tutores toman la decisión de automedicar y confiar en su sentido común o la sugerencia no profesional de otros familiares o vecinos, lo que muchas veces puede incluso agravar al paciente.

Así este trabajo beneficiará a los miembros de la comunidad médica de nuestro país, estudiantes de la carrera de medicina y sobre todo las autoridades del ministerio de salud teniendo una base este estudio para otras investigaciones al respecto y para la toma de decisiones con el fin de erradicar o disminuir la automedicación en la población nicaragüense.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estudio realizado por Macfarlane y colaboradores (Macfarlane J et al. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *BMJ*, 1997, 315:1211–1214.), 85% de los pacientes creían

que sus síntomas respiratorios eran consecuencia de una infección y 87% pensaban que los antimicrobianos servirían para resolverles el problema. De estos pacientes, un quinto solicitó específicamente a su médico que le recetara un antimicrobiano.

Muchos medicamentos, incluidos los antibióticos son de fácil adquisición en farmacias y pulperías por ser de libre circulación, por lo que la automedicación con antibióticos es una práctica común de padres o tutores de niños menores de 5 años, acción que genera a la resistencia bacteriana y a un entorpecimiento en el manejo de las enfermedades infecciosas. Por esta razón, es necesario describir el comportamiento y motivos de la automedicación antibacteriana en niño, se plantea las siguientes preguntas directrices de investigación:

- 1 ¿Cuáles son características sociodemográficas de la población en estudio?
- 2 ¿Cuáles son los antibióticos que son empleados con mayor frecuencia en la automedicación de nuestra población?
- 3 ¿Cuáles son los motivos de automedicación que inducen a la automedicación?
- 4 ¿Cuáles son los principales síntomas por los que se automedican?

Planteando la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la automedicación con antibióticos en niños menores de 5 años atendidos en el centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio durante el primer semestre del año 2017?

1.5 OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir la automedicación con antibióticos en niños menores de 5 años atendidos en el centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio durante el primer semestre del año 2017.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de los tutores y niños en estudio.
2. Mencionar los antibióticos empleados en los menores en estudio.
3. Identificar los motivos de la automedicación de la población en estudio.
4. Listar los principales síntomas por los que son auto medicado los niños en estudio.

1.6 MARCO TEÓRICO

1.6.1 Automedicación

El auto cuidado es el conjunto de actos en el cual un individuo asiste por cuenta propia sus problemas de salud sin la supervisión de un profesional, éstas incluyen la automedicación, el auto tratamiento y los primeros auxilios.(Loria, Ramírez, & Marquéz).

La automedicación es definida por la OMS como “lo que las personas hacen por sí mismas para mantener y preservar su salud y para prevenir y curar las enfermedades”(WHO, 1998).

La automedicación es el acto en el cual una persona recibe uno o más medicamentos por iniciativa propia, por sugerencia empírica de terceros o por consejos del despachador de farmacia. (Lopez & Kroeger., 1990).

Puede entenderse como la expresión más actual de la siempre presente necesidad que tienen hombres y mujeres de velar por su propia salud. No obstante y a diferencia de lo que sucede con otras formas de autocuidados, la automedicación tiene para buena parte de la población y para la mayoría de los médicos, connotaciones negativas. De hecho, a lo largo de los años se ha extendido la creencia de que los medicamentos son las armas terapéuticas de los médicos y, que sólo a éstos, corresponde su prescripción.

Contrariamente a esta visión, la OMS viene indicando en los últimos años la existencia de un lugar válido para la automedicación en las sociedades desarrolladas y la necesidad de que se forme a la población en el uso de los fármacos, como un aspecto más de la educación para la salud. En este sentido, en los países desarrollados la automedicación está tomando cada vez un mayor protagonismo. Esto es debido a la tendencia a la disminución paulatina de la cobertura de la prestación farmacéutica de los sistemas de Seguridad Social, al florecimiento de las medicinas blandas y al aumento de los medicamentos en los medios de comunicación (Gestal-Otero, 294-298)

1.6.2 Clasificación de la automedicación

Debemos diferenciar dos clases de automedicación la que tiene por objeto tratar unos síntomas ya existentes y aquella que se dirige a prevenir la aparición de una enfermedad. Mientras que la primera puede resultar beneficiosa, esta última suele originar gastos muy

elevados sin ser necesaria, debido a que los productos utilizados son, habitualmente, inoperantes. (Newman, 1990).

Existe divergencia de criterio es si debe considerarse automedicación el cambio de la pauta posológica, el retraso o adelantamiento del tratamiento o la supresión del mismo, modificaciones todas ellas muy comunes en tratamientos prolongados.

Otra forma de automedicación es manipulación de la prescripción engloba toda aquella prescripción que ha sido solicitada directamente por el paciente, para solicitar medicamentos que serán empleados por otra u otras personas distintas al solicitante, a las que el médico no tiene oportunidad de diagnosticar.(Gestal-Otero, 294-298).

1.6.3 Motivos de la automedicación

Entre los principios que motivan la automedicación esta la limitada cobertura, accesibilidad y calidad de los servicios estatales de salud así como la creciente presión publicitaria de las farmacéuticas hacia el público. Pero es un fenómeno que no tiene una sola causa en particular que lo produzca, sino una serie de factores:

- Falta de tiempo: La sociedad actual está gobernada por reglas de consumo y desarrollo de la fuerza laboral en el que la actividad económica parecería estar por encima de las demás incluso la salud. Esto no permite a las personas no solo de los estratos más altos sino de todos ellos, acudir en el momento oportuno a la consulta de un profesional de la salud. Es común que los usuarios acudan de forma más asidua a las farmacias en busca de una pseudo consulta para sus molestias por la flexibilidad de horarios.

- Factores socioeconómicos: La pobreza es una de las resultantes de esta situación y la no disposición de recursos hace que los usuarios busquen una solución accesible para sus necesidades de salud.
- Factores culturales: Relacionado con la respuesta a estímulos con la presión de grupo sobre todo del entorno familiar que provoca la búsqueda de soluciones rápidas. Esto unido a la poca formación educativa de las personas, hace que no posean los suficientes elementos de juicio para discernir la información que se recibe de las fuentes más comunes como televisión, medios impresos e internet, la cual la mayoría de las veces es sesgada para conseguir el incremento de las ventas (Muñoz, 2008).

1.6.4 Consecuencias de la automedicación

Como inconvenientes, existe la posibilidad de efectos secundarios indeseables, interacciones farmacológicas, uso incorrecto en indicaciones no convenientes, empleo de pautas posológicas inadecuadas y la posibilidad de interferir, enmascarar o retrasar el diagnóstico de una enfermedad que necesita cuidados médicos. (Gonzalez, Ripoll, & Prieto, 1998).

Es escasa la información publicada que permita analizar el impacto en el país del uso inapropiado de antibióticos, en términos de gasto en salud, resistencia bacteriana y daños a la salud. En términos de gastos, se ha informado que el desperdicio de antibióticos debido a la prescripción injustificada y el incumplimiento de tratamientos.

La creciente resistencia bacteriana en patógenos causantes de infecciones comunitarias e intrahospitalarias es quizás el problema relacionado con el uso inapropiado de antibióticos más notificado en la literatura científica, la creciente resistencia en patógenos relacionados con una alta incidencia y mortalidad. (Anahí Dreser, 2008)

1.6.5 Resistencia bacteriana

Se entiende por resistencia bacteriana al proceso fisiológico de supervivencia bacteriano que cabe en la finalidad de adaptarse a un medio hostil para su integridad. Existen mecanismos innatos propios de cada cepa bacteriana y los mecanismos adquiridos que son desarrollados por la exposición a un agresor.

Los mecanismos de resistencia adquirida son las más importantes por su capacidad de ser transmisibles a otras cepas bacterianas y por su gran eficacia contra los antibióticos.(Pérez, 1998).

Una cepa resistente se define como aquella que es capaz de multiplicarse en presencia de concentraciones mayores que las alcanzadas con dosis terapéuticas (García, 2003). Existen mecanismos indirectos de resistencia bacteriana en los cuales cepas vecinas al foco infeccioso pueden responder a la quimioterapia utilizados en contra de un foco infeccioso evidente, produciendo enzimas que desactivaran las moléculas del fármaco.(Ledesma & Prieto, 2001).

Existen otras denominaciones para los tipos de resistencia entre ellas está la resistencia relativa la cual se da por consecuencia de las exposiciones graduadas de un antibiótico sin poseer ésta la concentración mínima inhibitoria. La resistencia absoluta es descrita como el fenómeno en el que persiste la supervivencia de la bacteria independiente de las concentraciones del antibiótico. Se conoce la Pseudo-resistencia como el acontecimiento paradójico en el que una bacteria *in vitro* posee pocos o defectuosos mecanismo de resistencia mientras que *in vivo* presenta una resistencia más eficaz. (Sussmann, Mattos, & Restrepo, 2002)

1.6.6 Mecanismos de resistencia bacteriana

Desde el punto de vista molecular y bioquímico existen básicamente tres mecanismos por medio de los cuales una bacteria puede hacerse resistente al efecto del antibiótico. Se pueden simplificar en tres enunciados que son la inactivación de la molécula antibiótica, la transformación del sitio diana del antibiótico y la modificación en la adquisición del antibiótico por la bacteria. (Sussmann, Mattos, & Restrepo, 2002).

Entre los mecanismos usuales utilizados por las bacterias podemos mencionar el caso del Trimetroprim-Sulfametoxazol (TMP-SMX), la resistencia suele deberse a la adquisición de un plásmido que codifica para una reductasa de dihidrofolato alterada. Respecto a los aminoglucósidos, como la Gentamicina, una vez que la molécula del fármaco llega al espacio periplásmico bacteria no puede ser alterado por enzimas del microorganismo que fosforilan, adenilan o acetilan grupos hidroxilo o amino específicas. Con los B-Iactámicos (penicilinas y cefalosporinas), el microorganismo puede mostrar resistencia Intrínseca por diferencias estructurales en las PBP (proteínas ligadoras de penicilinas), objetivos blanco de tales fármacos. También puede adquirir resistencia por la generación de PBP de alto peso molecular, con menor afinidad por el antibiótico. Asimismo, se describe el mecanismo de generación de B-Iactamasas. Con las Quinolonas, las mutaciones en los genes que codifican las subunidades de la girasa de DNA parece ser el factor más importante. La girasa de DNA de E. coli está compuesta de dos subunidades A y dos subunidades B, codificadas por los genes *gyrA* y *gyrB*. Las subunidades A que transportan la función de "recorte del cordón" de la girasa, son los sitios de acción de las quinolonas(Salas & Sancho, 2004).

Con los glucopéptidos, las micobacterias, los hongos y las bacterias gram negativas son resistentes debido a la incapacidad de la molécula de atravesar la membrana externa y por

lo tanto de llegar a la diana, siendo excepción algunas cepas de *Flavobacterium meningosepticum* y de *Neisseria gonorrhoeae*. Los macrólidos son un grupo de antibióticos por ser hidrofóbicos atraviesan mal la membrana externa por lo que los bacilos gram negativos presentan resistencia natural, aunque modificaciones en las nuevas moléculas como azitromicina parecen disminuir este hecho. Existen además mecanismos de exclusión activa. La resistencia por metilaciones que impiden la unión de los fármacos al ribosoma 50S está codificada por plásmidos en transposones, es cruzada y puede ser inducible (en macrólidos de 14 y 15 átomos) o constitutiva (también para los de 16 y lincosamidas) y aparece en cocos gram positivos y bacilos anaerobios gram positivos y negativos; también la producción de enzimas transferasas puede determinar resistencia de estafilococos para lincomicina y clindamicina. En las tetraciclinas aunque existe resistencia por modificación enzimática codificada por transposones, el mecanismo de resistencia más importante en enterobacterias es por expulsión activa y en gram positivos y en algunos gramnegativos como *Neisseria*, *Haemophilus*, *Campylobacter* y *Bacteroides*, por producción de proteínas citoplásmicas que impiden la unión de la molécula al ribosoma. En general la resistencia es cruzada para todas las tetraciclinas. El cloranfenicol es dañado por una modificación enzimática (plasmídica o cromosómica es el mecanismo de resistencia principal, aunque también se han detectado cambios en la permeabilidad de la membrana externa. (Pérez, 1998).

1.6.6 Antibióticos

Las sustancias antimicrobianas son aquellas producidas por microorganismos o sintetizadas químicamente que poseen capacidad de destruir, impedir o retrasar la multiplicación de otros microorganismos. En la práctica médica ambos se denominan

antibióticos. La terapia con antibióticos está destinada al tratamiento con pacientes con síntomas y signos clínicos de infección. Su uso adecuado requiere de la recolección de información sobre el paciente y su entorno. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

1.6.7 Antibióticos precisados en la práctica clínica pediátrica

Amoxicilina: Es una penicilina semisintética, sensible a la penicilina de amplio espectro, es bactericida y actúa inhibiendo la biosíntesis del mucopéptido de la pared celular bacteriana. Guarda parentesco clínico y farmacológico con la ampicilina. Es estable en ácido por lo que es adecuado para consumo oral. En comparación con la ampicilina su absorción es más rápida y completa. Los alimentos no interfieren con su absorción. Amoxicilina está indicada en el tratamiento de las infecciones debidas a cepas susceptibles como *H. influenzae*, *E. coli*, *P. mirabilis*, *N. gonorrhoeae*, estreptococos (incluyendo *Streptococcus faecalis*), *D. pneumoniae* y estafilococos no productores de penicilinas, *Proteus mirabilis*, *Salmonella*, *Shigella*. (Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general, 2007)

Contraindicaciones de la amoxicilina: La historia de reacciones alérgicas a las penicilinas o las cefalosporinas debe considerarse como una contraindicación. Las reacciones de hipersensibilidad cruzada entre las penicilinas y las cefalosporinas se presentan en los pacientes entre 1% a 16.5%, pero por lo general, los efectos son escasamente significativos desde el punto de vista clínico. (Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general, 2007)

Reacciones secundarias y adversas de la amoxicilina: Como ocurre con otras penicilinas, se puede esperar que las reacciones adversas se limiten, esencialmente, a fenómenos de hipersensibilidad. Con mayor probabilidad, tienden a ocurrir en individuos en los que

previamente se ha demostrado hipersensibilidad a las penicilinas, y en aquéllos con antecedentes de alergia, asma, fiebre del heno o urticaria. Se ha reportado colitis pseudomembranosa con casi todos los agentes antibacterianos, incluyendo amoxicilina, y su gravedad puede ser desde mediana hasta poner en peligro la vida. Entre las siguientes reacciones adversas se han reportado como asociadas al uso de las penicilinas las náuseas, vómito y diarrea, erupciones eritematosas maculopapulares y urticaria, se ha reportado un aumento leve de la transaminasa glutámicooxalacética (SGOT), anemia, trombocitopenia, púrpura trombocitopénica, eosinofilia, leucopenia y agranulocitosis durante la terapia con penicilinas. (Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general, 2007)

Manifestaciones y manejo de la sobredosificación o ingesta accidental de amoxicilina: La dosis ponderal para niños es de 50 a 100 mg/kg/día, dividida en tres tomas. Es poco probable que se presenten reacciones adversas graves como resultado de la ingestión de amoxicilina. Sin embargo, la ingestión de dosis muy altas puede ocasionar cristaluria, por lo que es esencial mantener una adecuada diuresis. El medicamento se puede eliminar mediante hemodiálisis. En caso de sobredosis se debe provocar emesis y realizar lavado gástrico, seguido de la administración de carbón activado, si no hay contraindicaciones. No se conoce un antídoto específico.(Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general, 2007)

Azitromicina: Inhibe la síntesis de proteínas bacterianas por unión a la subunidad 50s del ribosoma e inhibiendo la translocación de los péptidos.(Vidal Vademecum Spain, 2010)

Indicaciones terapéuticas de la azitromicina: Infección por germen sensible. Respiratoria superior como sinusitis, faringitis/amigdalitis estreptocócica; respiratoria inferior como bronquitis, neumonía adquirida en la comunidad de leve a moderadamente grave. Infección

de piel y tejidos blandos. Otitis media aguda. Enfermedades de transmisión sexual como uretritis y cervicitis no complicadas producidas por *Chlamydia trachomatis*, chancroide (descartar concomitancia con infección por *T. pallidum*). (Vidal Vademecum Spain, 2010)

Modo de administración de la azitromicina: Puede administrarse con o sin alimentos, salvo las cápsulas duras que deben tomarse 1 hora antes o 2 horas después de las comidas. (Vidal Vademecum Spain, 2010)

Contraindicaciones de la azitromicina: Hipersensibilidad a azitromicina, eritromicina o a cualquier otro antibiótico macrólido.

Reacciones adversas de la azitromicina: Diarrea, náuseas, vómitos, flatulencia, molestias abdominales (dolor/calambres), mareo, cefalea, parestesia, alteración de visión, sordera, dispepsia, anorexia, erupción, prurito, artralgia, fatiga, recuento disminuido de linfocitos, elevado de eosinófilos, bicarbonato en sangre disminuido. Además vía Intravenosa hay dolor e inflamación/infección locales y reacciones en punto de inyección. (Vidal Vademecum Spain, 2010)

Trimetoprim-Sulfametoxazol: Bactericida, inhibe la síntesis de ácido folínico (que debe diferenciarse del ácido fólico), esencial para el crecimiento bacteriano. (Vidal Vademecum Spain, 2010)

Indicaciones terapéuticas de Trimetoprim-Sulfametoxazol: Infección bacteriana por Gram+ y Gram- sensibles, especialmente genitourinaria y respiratoria. (Vidal Vademecum Spain, 2010)

Modo de administración de Trimetoprim-Sulfametoxazol: Administrar preferentemente con el estómago vacío. (Vidal Vademecum Spain, 2010)

Contraindicaciones de Trimetoprim-Sulfametoxazol: Hipersensibilidad a diaminopirimidinas. Anemia megaloblástica. Afección hepática grave. Prematuros, niños < 2

meses. Desaconsejado en embarazo (especialmente en 1^{os} meses) y lactancia.(Vidal Vademecum Spain, 2010)

Reacciones adversas Trimetoprim-Sulfametoxazol: Náuseas, vómitos, dispepsia, trastornos del gusto, glositis, dolor epigástrico, erupción exantemática, prurito, fotosensibilidad, aumento de creatinina sérica y de nitrógeno ureico.(Vidal Vademecum Spain, 2010).

Penicilina Benzatínica: La penicilina G benzatínica intramuscular indicada para el tratamiento de infecciones causadas por microorganismos sensibles a la bencilpenicilina que sean susceptibles a las concentraciones séricas bajas y muy prolongadas comunes de esta presentación farmacéutica. El tratamiento debe ser guiado por los estudios bacteriológicos (incluyendo pruebas de sensibilidad) y por la respuesta clínica.(Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general, 2007)

Reacciones secundarias y adversas de Penicilina benzatínica: Como con otras penicilinas se pueden presentar reacciones adversas de fenómenos de sensibilidad, particularmente en individuos que han demostrado hipersensibilidad a penicilina o en aquellos con historia de alergia, asma, fiebre del heno o urticaria. (Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general, 2007)

CAPITULO II: Diseño metodológico

2.1 Tipo de estudio

De acuerdo al alcance del estudio este se de tipo descriptivo y según la secuencia en el tiempo es transversal.

2.2 Universo

El universo del presente estudio corresponde a 13,578 niños siendo estos todos los niños menores de 5 años que asisten a consulta médica al Centro de Salud Villa Libertad y Roger Osorio durante el primer semestre del año 2017.

2.3 Muestra

El tamaño de la muestra corresponde a 96 niños determinado por la fórmula para cálculo de poblaciones infinitas ya que el universo es mayor de 10,000. Por lo se aplicó lo siguiente (Anderson David R., Sweeney Dennis J. y Williams Thomas A. Estadística para Administración y economía. p. 321):

$$n = \frac{(z_{\alpha/2})^2 p(1-p)}{E^2}, \text{ donde}$$

n: Tamaño de la muestra

$z_{\alpha/2}$: Consecuencia directa del nivel de confianza que se va usar para calcular la estimación por intervalo.

P: Proporción muestral.

E: Margen de error deseado

Para este estudio usamos: proporción, $p= 0.5$, nivel de confianza 95%, $z_{\alpha/2} = 1.96$ y un error, $E= 10\%$

$$n = \frac{(z_{\alpha/2})^2 p(1-p)}{E^2} = \frac{(1.96)^2 (0.5)(1-0.5)}{(0.10)^2} = 96$$

El tipo de muestreo fue Muestreo por conveniencia, esto porque se entrevistó a los tutores de la población en estudio que estaban en ese momento en la consulta y que habían automedicadas anteriormente a sus menores. La cual posterior a seleccionar el tamaño de la muestra, acudimos un día laboral normal a los lugares de estudio, a las personas de la consulta que acompañaban a menores, se les introdujo el objetivo de nuestro estudio y los que aplicaban con nuestros criterios de inclusión les pedimos el consentimiento para posterior entrevistarlas con la serie de preguntas previamente planteadas en un cuestionario, el cual fue llenado por el encuestador.

Criterios de inclusión

- Niños/as que pertenezcan a ese territorio.
- Niños con antecedente de automedicación con antibióticos en los últimos 6 meses.

Criterios de exclusión

- Niños que sean hijos/as de trabajadores/as de la salud.
- Niños que no pertenezcan al Censo del área de cobertura del Centro de Salud Villa Libertad y Centro de Salud Roger Osorio.

2.4 Método, técnica e instrumento de recolección de la información

El método de recolección de la información fue la entrevista, con un cuestionario diseñado con preguntas abiertas y cerradas, divididos en tres partes: Datos del niño, Datos del tutor y la Información sobre la automedicación

El instrumento fue llenado por los investigadores y previamente se pidió consentimiento para realizarlo. Este instrumento fue validado en el Centro de Salud Edgard Lang con 10 personas y el instrumento fue fácilmente contestado por lo que no se modificó.

La fuente de obtención de la información fue primaria ya que obtiene de las respuestas de los tutores del menor.

2.5 Plan de tabulación y análisis

Los datos obtenidos a través de la entrevista fueron procesados a través de una base de datos en Microsoft Excel, posteriormente se elaboraron tablas y gráficos utilizando medidas de tendencia central como frecuencia, porcentaje y media y cruces de variables de aquellas de interés para cumplir con los objetivos planteados.

La información obtenida se resumió en tablas de frecuencias simple distribuyéndose en número, y porcentajes para los siguientes:

1. Características sociodemográficas del menor
2. Características sociodemográficas del tutor
3. Antibióticos que se emplean en la automedicación
4. Motivos de la automedicación.

5. Síntomas por los que se automedican

Se realizó el siguiente entrecruzado de variables:

1. Edad del tutor versus sexo del tutor.
2. Síntomas de automedicación versus edad del tutor.
3. Antibiótico administrado versus escolaridad del tutor
4. Edad del niño versus antibiótico usado.
5. Antibióticos usados versus síntomas del niño.

2.6 Enunciado de las variables por objetivos

Objetivo N° 1: Identificar las características sociodemográficas de los tutores y niños en estudio.

- Características socio-demográficas del menor
- Características socio demográficas del tutor

Objetivo N° 2: Mencionar los antibióticos empleados en los menores en estudio.

- Antibióticos empleados

Objetivo N°3: Identificar los motivos de la automedicación de la población en estudio.

- Motivos de automedicación

Objetivo N°4: Listar los principales síntomas por los que son auto medicado los niños en estudio.

- Síntomas por los que automedican a los niños.

2.7 Operacionalización de las variables

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Valor
-----------------	-------------------------------	------------------	------------------	--------------

Características socio-demográficas del menor	Aspectos sociodemográficos propios del menor en estudio.	Edad	Años cumplidos	1 año 2 años 3 años 4 años 5 años
		Sexo	Fenotipo	Femenino Masculino
Características sociodemográficas del tutor	Aspectos sociales propios del tutor del menor al momento del estudio.	Edad	Años	14-23 años 24-33 años 34-43 años 44-53 años 54-63 años
		Parentesco	Tutor	Mamá Papá Abuela/o Tía/o
		Escolaridad	Nivel escolar	Iletrado Primaria Secundaria Técnicos Universitarios

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Valor
----------	------------------------	-----------	-----------	-------

Antibiótico empleados	Sustancias sintetizadas químicamente que tienen capacidad de erradicar, impedir o retrasar la multiplicación de otros microorganismos.		Tipo de antibiótico	Amoxicilina Trimetoprim Sulfa Penicilina benzatínica Azitromicina Cefalexina Eritromicina Clindamicina Metronidazol Gentamicina Ciprofloxacina ótica
Motivos de automedicación	Razón por la cual decidió aplicar el tratamiento antibiótico al niño/a		Tipos	Falta de tiempo Uso de receta anterior Recomendado por farmacéutico Recomendado por familiar Otros
Sintomatología clínica	Malestar que tenía el paciente que condujo a darle dicho fármaco		Síntoma	Fiebre Tos Diarrea Mocos Dolor de garganta Dolor de estómago Vómito Dolor de oído Golpe Manchas en piel

2.8 Consideraciones éticas

Se explica de manera verbal, al tutor de cada niño, previamente a la aplicación del instrumento el motivo del estudio, aclarando además en la introducción de la entrevista, que no se expondrán datos propios de los entrevistados, que no serán motivo de acoso o cualquier menoscabo a su integridad física, social, intelectual y psicosocial.

Se solicitó por escrito permiso a las autoridades de los centros de salud la aplicación de la entrevista con la muestra seleccionada de nuestra población en estudio.

CAPITULO III: DESARROLLO

3.1 RESULTADO

En la tabla No.1 se muestran las características sociodemográficas de los 96 niños en estudio encontrado con respecto a la edad de 1 año 14 (15%), 2 años 28 (29%), 3 años 30 (31%) y 4 años 24 (25%); con respecto al sexo el 54 (56%) son del sexo femenino y el sexo masculino es de 42 (44%). Ver tabla No 1

En la tabla No 2. Muestra las características sociodemográficas del tutor donde el parentesco de la parentesco de este fue: mamá 77 (81%), papá 8 (8%), abuela 5(5%) y tía 6(6%); la edad de los tutores, 14 a 23 años 38 (40%), de 24 a 33 años 46 (48%), de 34 a 43 años 8 (8%), 44 a 53 años 2 (2%), 54 a 63 años 2 (2%) y la escolaridad de estos iletrado 3 (3%), primaria 35 (37%), secundaria 48 (50%), técnico 4 (4%), Universitario 6 (6%). Ver tabla No 2.

La Tabla No 3: Refleja el tipo de antibiótico usado en los niños en: la amoxicilina 35 (37%), azitromicina en 20 (21%), la cefalexina 3 (3%), ciprofloxacina ótica 2 (2%) clindamicina 2 (2%), eritromicina 4 (4 %), gentamicina 2 (2%), metronidazol 4 (4%), penicilina benzatinica 9 (9%), trimetropin sulfa 15 (16%). Ver tabla No 3.

La tabla No 4: Correspondiente a los síntomas por el cual automedican a los niños, se encuentran: la tos en 37 (39%) y fiebre en un 13 (15%), diarrea 5 (5%), Mocos 8 (8%), dolor de garganta 9 (9%), vómito 6 (6%), dolor de oídos 9 (9%), golpes 3 (3%), manchas en la piel 1 (1%). Ver tabla No 4

En la tabla No 5: Muestra los motivos que induce al tutor a automedicar son: falta de tiempo de ir al médico 28 (29%), uso de receta anterior 17 (18%), recomendado por farmacéutico 30 (31%), recomendado por familiar 19 (20%) y Otros 2 (2%). Ver tabla No 5

Tabla No 6: muestra la frecuencia del sexo con respecto a la edad de los tutores, Edad de 14-23 años el sexo masculino 2 (2.1%) y el sexo femenino 36 (38.5%); Edad de 24-33 años son masculinos 3 (3.1%) y femenino 43 (44.8%); Edad de 34-43 años masculino 3 (3.1%) y femenino 5 (5.2%); Edad de 44-53 años masculino 0 (0%) y femenino 2 (2.1%); Edad de 54-63 años el sexo masculino 0 (0%) y femenino 2 (2.1%) Ver tabla No 6

Tabla No 7 : Muestra el síntoma por el que fueron automedicados los niños en estudio con respecto a la edad del tutor: Edad de 14-23 años: diarrea 3(3.1%), fiebre 5 (5.2%),tos 19 (19.8%), ardor de garganta 1 (1%),vomito 1 (1%), dolor de estómago 3(3.1%), dolor de oído 3(3.1%), golpe 1(1%),moco 2(2.1%) manchas en la piel 0(0%), Edad de 24-33 años: diarrea 5(5.2%), fiebre 6 (6.3%),tos 13 (13.5%), ardor de garganta 4 (4.2%),vomito 4 (4.2%), dolor de estómago 1(1%), dolor de oído 6(6.3%), golpe 2(2.1%),moco 4(4.2%) manchas en la piel 1(1%) %, Edad de 34-43 años: diarrea 1(1%), fiebre 1 (1%),tos 4 (4.2%), ardor de garganta 0(0%),vomito 1 (1%), dolor de estómago 0(0%), dolor de oído 0(0%), golpe 0(0%),moco 1(1%) manchas en la piel 0(0%) Edad de 44-53 años: diarrea 0(0%), fiebre 0 (0%),tos 1 (1%), ardor de garganta 0(0%),vomito 0 (10%), dolor de estomago 0(0%), dolor de oído 0(0%), golpe 0(0%),moco 0(0%) manchas en la piel 0(0%) Edad de 54-63 años: diarrea 0(0%), fiebre 1 (1%),tos 0 (0%), ardor de garganta 0(0%),vomito 0 (10%), dolor de estomago 1(1%), dolor de oído 0(0%), golpe 0(0%),moco

0(0%) manchas en la piel 0(0%) siendo relevante la edad de 14-23 años automedican por la tos un 19.8%, seguido de 24-33 años que automedican por tos. Ver tabla No 7

Tabla No 8: Muestra el grado de escolaridad del tutor con respecto al antibiótico usado en los niños en estudio: Ilustrado. Amoxicilina 1(1%), Trimetroprin sulfato 0 (0%), P.Benzatinica 0 (0%), Azitromicina 1 (1%), Cefalexina 0 (0%), Eritromicina 0(0%), Clindamicina 0 (0%), Metronidazol 1 (1%), Gentamicina 0 (0%), Ciprofloxacina 0 (0%), Primaria. Amoxicilina 15(15.6%), Trimetroprin sulfato 8 (8.3%), P.Benzatinica 5 (5.2%), Azitromicina 5 (5.2%), Cefalexina 0 (0%), Eritromicina 0(0%), Clindamicina 0 (0%), Metronidazol 0 (0%), Gentamicina 2 (2.1%), Ciprofloxacina 0 (0%), Secundaria. Amoxicilina 14(14.6%), Trimetroprin sulfato 7 (7.3%), P.Benzatinica 3 (3.1%), Azitromicina 12 (12.5%), Cefalexina 3 (3.1%), Eritromicina 4(4.2%), Clindamicina 1 (1%), Metronidazol 3 (3.1%), Gentamicina 0 (0%), Ciprofloxacina 1 (1%), Técnico. Amoxicilina 2(2.1%), Trimetroprin sulfato 0 (0%), P.Benzatinica 1 (1%), Azitromicina 0 (0%), Cefalexina 0 (0%), Eritromicina 0(0%), Clindamicina 0 (0%), Metronidazol 0 (0%), Gentamicina 0 (0%), Ciprofloxacina 1 (1%) %, Universitario. Amoxicilina 2(2.1%), Trimetroprin sulfato 0 (0%), P.Benzatinica 2 (2.1%), Azitromicina 0 (0%), Cefalexina 0 (0%), Eritromicina 0(0%), Clindamicina 1 (1%), Metronidazol 0 (0%), Gentamicina 0 (0%), Ciprofloxacina 0 (0%) Profesional. Amoxicilina 1(1%), Trimetroprin sulfato 0 (0%), P.Benzatinica 0 (%), Azitromicina 0 (0%), Cefalexina 0 (0%), Eritromicina 0(0%), Clindamicina (%), Metronidazol 0 (0%), Gentamicina 0 (0%), Ciprofloxacina 0 (0%). Ver tabla No 8

Tabla No 9: Muestra la frecuencia del antibiótico usado con respecto a la edad del niño en estudio: Edad de 1 año. Amoxicilina 8(8.3%), Trimetroprin sulfato 1(1%), P.Benzatinica 2 (2.1%), Azitromicina 3 (3.1%), Cefalexina 0 (0%), Eritromicina 0(0%), Clindamicina 0

(0%), Metronidazol 0 (0%), Gentamicina 0 (0%), Ciprofloxacina 0 (0%); Edad de 2 año.
Amoxicilina 10(10.4%), Trimetroprin sulfa 5(5.2%), P.Benzatinica 1 (1%), Azitromicina 9
(9.4%), Cefaexina 0 (0%), Eritromicina 1(1%), Clindamicina 0 (0%), Metronidazol 1 (1%),
Gentamicina 1 (1%), Ciprofloxacina 0 (0%)

Edad de 3 años. Amoxicilina 11(11%), Trimetroprin sulfa 4(4.2%), P.Benzatinica 2
(2.1%), Azitromicina 6 (6.3%), Cefaexina 03 (3.1%), Eritromicina 1(1%), Clindamicina 0
(0%), Metronidazol 0 (0%), Gentamicina 1 (1%), Ciprofloxacina 2 (2.1%) Edad de 4 años.
Amoxicilina 6(6.3%), Trimetroprin sulfa 5(5.2%), P.Benzatinica 4 (4.2%), Azitromicina 2
(2.1%), Cefaexina 0 (0%), Eritromicina 2(2.1%), Clindamicina 2 (2.1%), Metronidazol
3(3.1%), Gentamicina 0 (%), Ciprofloxacina 0 (%) Ver tabla No 9

Tabla No 10: Muestra la frecuencia del síntoma presentado con respecto al antibiótico
usado en los niños en estudio: Ardor de garganta: Amoxicilina 2 (2.1%), Trimetroprin sulfa
0(0%),P.Benzatinica 0 (0%), Azitromicina 3 (3.1%), Cefaexina 0 (0%), Eritromicina
0(0%), Clindamicina 0 (0%),Metronidazol 0 (0%), Gentamicina 0 (%), Ciprofloxacina
(0%), Diarrea: Amoxicilina 0(0%), Trimetroprin sulfa 5(5.2%),P.Benzatinica 0 (0%),
Azitromicina 1 (1%), Cefaexina 0 (0%), Eritromicina 0 (0%), Clindamicina 0
(0%),Metronidazol 3 (3.1%), Gentamicina 0 (0%), Ciprofloxacina 0 (0%), Dolor de
estómago: Amoxicilina 0(0%), Trimetroprin sulfa 3(3.1%),P.Benzatinica 0 (0%),
Azitromicina 1 (1%), Cefaexina 0 (0%), Eritromicina 0(0%), Clindamicina 0
(0%),Metronidazol 1 (1.0%), Gentamicina 0 (%), Ciprofloxacina (0%) Dolor de oído
Amoxicilina 1(1.1%), Trimetroprin sulfa 0(0%),P.Benzatinica 0 (0%), Azitromicina 3
(3.1%), Cefaexina 02(2.1%), Eritromicina 0(0%), Clindamicina 0 (0%),Metronidazol 0
(0%), Gentamicina 1 (1%), Ciprofloxacina 2 (2.1%), Fiebre Amoxicilina 10(10.4%),

Trimetroprin sulfa 0 (0%), P.Benzatinica 0 (0%), Azitromicina 1 (1%), Cefalexina 0 (%), Eritromicina 1(1%), Clindamicina 0 (0%), Metronidazol 0 (0%), Gentamicina 1 (1%), Ciprofloxacina 0 (0%), Manchas en la piel: Amoxicilina 0(0%), Trimetroprin sulfa 0 (0%),P.Benzatinica 0 (0%), Azitromicina 0 (0%), Cefaexina 0 (0%), Eritromicina 0(%), Clindamicina 1 (1%),Metronidazol 0 (0%), Gentamicina0 (0%), Ciprofloxacina 0 (0%); Rinorrea: Amoxicilina 3(3.1%), Trimetroprin sulfa 0(0%),P.Benzatinica 1 (1%), Azitromicina 3 (3.1%), Cefaexina 0 (%), Eritromicina1 (1%), Clindamicina (%),Metronidazol 0 (0%), Gentamicina 0 (0%), Ciprofloxacina 0 (0%); Tos: Amoxicilina 19(19.8%), Trimetroprin sulfa 1 (10%),P.Benzatinica 8 (8.3%), Azitromicina 7 (7.3%), Cefaexina 0 (0%), Eritromicina 2(2.1%), Clindamicina 0 (0%),Metronidazol 0 (0%), Gentamicina 0 (0%), Ciprofloxacina 0 (0%); Golpe: Amoxicilina 0(0%), Trimetroprin sulfa 0(0%),P.Benzatinica 0 (0%), Azitromicina 1 (1%), Cefaexina 1 (1%), Eritromicina 0(%), Clindamicina 1 (1%),Metronidazol 0 (0%), Gentamicina (%), Ciprofloxacina 0 (0%). Vomito: Amoxicilina 0(0%), Trimetroprin sulfa 6 (6.3%), P.Benzatinica 0 (0%), Azitromicina 0 (0%), Cefaexina 0 (0%), Eritromicina 0 (%), Clindamicina 0 (0%), Metronidazol 0 (0%), Gentamicina 0 (0%), Ciprofloxacina 0 (0%). Ver tabla No 10

3.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente trabajo se entrevistaron un total de 96 tutores de la población en estudio, en cual se encontró que la automedicación es practicada por tutores, correspondiendo un 81% a las madres, el 8% a los padres y el resto corresponde a otros tutores. El cual concuerda al estudio de Churata realizado en el 2017, encontró que las madres automedican en un 81% y los padres en un 23.8%. Siendo las madres las que más automedican, esto puede deberse a que son ellas las encargadas del cuidado de los menores.

Al analizar el grado de escolaridad el tutor que automedicó se encontró que un 37% de los tutores cursaron la primaria, un 50% la secundaria y el 5% con nivel universitario, el cual concuerda con el estudio realizado por Quiñonez en Ecuador en 2014 que en un 36% habían cursado la primaria y el 47% la secundaria, lo que significa que la práctica de automedicación está relacionada con el grado de escolaridad, comparándolo también con el artículo publicado en El Diario La Prensa por el Dr. Enrique Sánchez donde refiere que la automedicación es debida a la falta de educación.

Respecto al antibióticos más usados en los niños en estudio se encontró la amoxicilina en un 37%, seguido de la azitromicina en un 20% y lo podemos comparar con estudio Churata 2017 donde los antibióticos más usados son los betalactámicos en un 25.6% seguido de los macrólidos en un 18.3%, consideramos que el uso de estos dos antibióticos con mayor frecuencia se debe a que son los más comunes en el dispensario y conocidos por la población en general.

Según el motivo de automedicación en este estudio se concluye que el tutor automedicó por falta de tiempo de ir al médico en un 29%, recomendado por un farmacéutico en un 31%, lo que concuerda con el estudio de Quiñonez 2014 donde las personas que automedican compran los medicamentos en las farmacias y según Churata en su estudio 2017 el 50% de las personas que automedicaron fueron recomendadas por un farmacéutico, partiendo de esto podemos decir que la opinión de los farmacéuticos influye ante la decisión para automedicar, sumándole a esto la fácil adquisición de estos sin receta médica.

El síntoma por el que la gente automedicó es la tos en un 37% seguido de fiebre en un 13% lo cual también concuerda con el estudio de Churata el que concluye que el síndrome febril y el proceso respiratorio predomina en la automedicación en un 30.5% y en un 22% respectivamente lo cual se explica en nuestro estudio que los procesos respiratorios y los procesos febriles son las enfermedades pediátricas que más les preocupan a los tutores.

Este estudio refleja que las personas que más automedican son las del sexo femenino en edades de 24-33 años ya antes mencionadas que son las madres.

Se encontró que el uso de la amoxicilina en el 36.4 % de los niños fue automedicada para síntomas respiratorios y cuadro febril, seguida de la azitromicina que se utilizó en el 21% para procesos respiratorios, siendo el Trimetropin Sulfa usado en un 16% para procesos del sistema digestivo, tanto para diarrea, vómitos y dolor de estómago. Y es que estos medicamentos se pueden definir como populares, ya que su acceso a la población es fácil y por la mayoría de las personas son conocidos, esto conlleva a la irregularidad y el uso desmedido que un individuo puede hacer de ellos y además por empirismo existe la creencia de que los medicamentos se pueden usar en distintas situaciones y mejoraran los síntomas, pues entendemos que un dolor de oído puede tratarse de la misma manera que un dolor de estómago, claro está que quienes se automedican no tienen en consideración las características propias de un malestar, conocimientos que solo un médico posee.

Según la edad de los niños en estudio más automedicada es niños de 3 años con 31% niños de 2 años con 29% 4 años 25% de 1 año 14 % siendo esto el rango de edad más baja, puesto que algunos tutores coinciden que los niños de menos edad son más delicados por lo que no los automedican.

La población en estudio en su mayoría realiza una práctica de automedicación en sus niños, de esta manera se reafirma los señalamientos que se hacen en los antecedentes, definiendo que la población es propensa a dicha actividad. Por las característica del país se conoce que muchas veces los niños quedan al cuidado de personas que no son sus padres, afirmado en la entrevista, estas personas responsables del niño, generalmente por su falta de conocimiento y baja preparación académica se dejan llevar por los consejos de amigos, conocidos o a veces la creencia de que si un medicamento funcionó en una situación similar

a la que el niño presenta de la misma manera volverá a funcionar lo que conlleva a tomar la decisión de automedicar al niño.

La automedicación conlleva a un uso irracional de ciertos medicamentos, ya sea sobrepasando el lapso de tiempo que debe usarse o suministrando cantidades demasiado grandes o pequeñas que no mejoraran el síntoma o en el peor de los casos empeorar la sintomatología.

3.3 CONCLUSIONES

1. Las edades de los niños los cuales fueron automedicados prevalecen entre 2 a 4 años, del sexo femenino. Los tutores generalmente que realizan la automedicación son las madres seguidos de los padres de familia, estos se encuentran entre las edades de 24 a 33 años y generalmente son de escolaridad Secundaria y Primaria.
2. Los antibióticos más usados son la Amoxicilina y la Azitromicina y los menos usados se encuentran la Gentamicina y la Clindamicina.
3. La tos y la fiebre se encuentran como los síntomas por los cuales los padres dan tratamiento sin consultar al personal de salud.
4. Los motivos por los cuales se realiza la automedicación se determina en su mayoría por la falta de tiempo para llevar al niño al médico y la recomendación del despachador de la farmacia.

3.4 RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud – MINSA:

1. Controlar mediante reglamentos a las farmacias sobre la venta de cualquier medicamento sin prescripción.
2. Regular la calidad de la información divulgada por los medios de comunicación por parte de las casas farmacéuticas.
3. Realizar campañas de concientización a la población puesto que la automedicación indiscriminada genera más gastos al país y pobreza debido al aumento de morbi mortalidad por resistencia a los antibióticos.

A los SILAIS:

1. Supervisar y sancionar a despachadores y/o dueños de farmacias por prescribir o recetar medicamentos por negocio y no por contribuir a la salud de la población.
2. Gestionar la contratación de personal de salud en las unidades asistenciales puesto que uno de los motivos de automedicación es no tener tiempo para esperar a ser atendido en una unidad de salud.

A los Centros de Salud:

1. Planificarse educación mediante charlas, murales y otros para los asistentes sobre las consecuencias de una automedicación.

A la población en general:

1. Crear conciencia que la automedicación en si es un mal hábito que atenta contra la vida del automedicado.

CAPITULO III: BIBLIOGRAFIA

3.1 Básica

1. Quiñonez Landazuri, L. V. (2014). Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/9183>
2. Guevara, V. (2016). *Repositorio Institucional UNIANDES*. Obtenido de <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/5060>.
3. Sánchez, D. (2015). Automedicacion en Nicaragua. *La Prensa*.
4. Loria, J., Ramírez, N., & Marquéz, G. (s.f.). *Características de la automedicación en pacientes ingresados en un servicio de urgencias*. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social
5. WHO. (1998). The role of the pharmacist in self-care and self-medication. . *Report of the 4th WHO Consultive Group on the role of the pharmacist*.
6. Lopez, & Kroeger. (1990). Morbilidad y medicamentos en Perú y Bolivia. *Acción para la salud* , 128.
7. Gestal-Otero, F. C. (294-298). La automedicación: Concepto y perfil de usuarios. *Gaceta sanitaria*, 2000
8. Newman. (1990). Self-medication and alternative prescribing. *The Practitioner*, 117-120
9. Muñoz, F. S. (2008). *Razones y diferencias en automedicación*. Quito
10. Gonzalez, J., Ripoll, M. A., & Prieto, J. (1998). Automedicación con antibióticos. *Med Clin*, 182-186
11. Anahí Dreser, V. J. (2008). Uso de antibióticos en Mexico: Revisión de problemas y políticas. *Salud Pública de Mexico*, 483
12. Pérez, D. (1998). Resistencia bacteriana a antimicrobianos: su importancia en la toma de decisiones en la práctica diaria. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 57-67.
13. García, P. (2003). Resistencia bacteriana en Chile. *Rev Chil Infect*, 11-23.
14. Ledesma, F., & Prieto, J. (2001). USO DE ANTIMICROBIANOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. En M. Ripoll, & J. Prieto, *Biblioteca Básica SEQ. Módulo 7: La información sobre antimicrobianos*. (págs. 13-48). Barcelona: Doyma.(s.f.).

15. Sussmann, O., Mattos, L., & Restrepo, A. (2002). Resistencia bacteriana. *Universitas Médica*, 91-96.
16. Salas, R., & Sancho, J. (2004). RESISTENCIA BACTERIANA A LOS ANTIBIÓTICOS EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO BAJO, EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA EN EL ÁREA DE SALUD PALMARES. *fármacos* , 10-16.
17. Organización Panamericana de la Salud. (2012). *TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud
18. Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general. (03 de 08 de 2007). *facmed.unam.mx*. Recuperado el 20 de 03 de 2014, de http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Amoxicilina%20Caps.htm
19. Vidal Vademecum Spain. (03 de 12 de 2010). *Vidal group*. Recuperado el 20 de 03 de 2014, de Vidal group: <http://www.vademecum.es/principios-activos-azitromicina-j01fa10>

3.2 De Consulta

1. Marcia, I., & Hernandez, R. (s.f.). *Apuntes de Metodología de la Investigación I*. UNAN MANAGUA-CIES.
2. Piura Lopez, J. (1994). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. El amanecer.
3. Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (s.f.). *Metodología de la investigación-Sampieri (6ta edición)*. 2014.
4. B, B. B. (1990). La automedicación con antibióticos en farmacias de la comunidad. *Revista costarricense de Ciencias Médicas*, 19-25.
5. 2013 Alvaro Fajardo ZApata. La automedicacion:u problema de salud publica.
6. *EFE Salud*. (2012). Obtenido de OMS, stop a la automedicación con antibióticos: <http://www.efesalud.com/oms-stop-a-la-automedicacion-con-antibioticos/>
7. Valladares, M. (2011). Automedicacion en adultos mayores

CAPITULO IV: ANEXOS

4.1 Cuadros y graficas

4.1.1 Tablas

Tabla 1:

Características sociodemográficas de los niños en estudio en el centro de salud Villa libertad y Roger Osorio en el primer semestre del año 2017

n=9

Características Sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
1 año	14	15
2 años	28	29
3 años	30	31
4 años	24	25
Sexo		
Femenino	54	56
Masculino	42	44
Total	96	100

Fuente: Ficha de recolección de datos de Automedicación

Tabla 2:

Características sociodemográficas de los tutores en estudio en el centro de salud Villa libertad y Roger Osorio en el primer semestre del año 2017

n=96

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
Parentesco del tutor		
Abuela	5	5
Mamá	77	81
Papá	8	8
Tía	6	6
Otros	0	0
Total	96	100
Edad del tutor		
14-23	38	40
24-33	46	48
34-43	8	8
44-53	2	2
54-63	2	2
Total	96	100
Escolaridad del tutor		
Iltrado	3	3
Primaria	35	37
Secundaria	48	50
Técnico	4	4
Universitario	6	6
Total	96	100

Fuente: Ficha de recolección de datos de Automedicación

Tabla 3:

Antibiótico Usado en la Automedicación de los niños en estudio en el centro de salud Roger Osorio y Villa Libertad en el primer semestre del año 2017.

n=96

Antibiótico usado	Frecuencia	Porcentaje
Amoxicilina	35	37
Azitromicina	20	21
Cefalexina	3	3
Ciprofloxacina otica	2	2
Clindamicina crema	2	2
Eritromicina	4	4
Gentamicina AMP	2	2
Metronidazol	4	4
Penicilina Benzatínica	9	9
Trimetropin Sulfa	15	16
Total	96	100

Fuente: Ficha de recolección de datos de Automedicación

Tabla 4:

Síntomas por lo que se Automedican a los niños en estudio del centro de salud Roger Osorio y Villa Libertad en el primer semestre del año 2017.

n=96

Síntomas por lo que automedican	Frecuencia	Porcentaje
Fiebre	13	15
Tos	37	39
Diarrea	5	5
Mocos	8	8
Dolor de garganta	9	9
Dolor de estomago	5	5
Vomito	6	6
Dolor de oído	9	9
Golpe	3	3
Manchas en la piel	1	1
Total	96	100

Fuente: Ficha de recolección de datos de Automedicación

Tabla 5:

Motivos de la Automedicación a los niños en estudio en el centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio en el primer semestre del año 2017.

n=96

Motivos de automedicación	Frecuencia	Porcentaje
Falta de tiempo de ir al medico	28	29
Uso de receta anterior	17	18
Recomendado por farmacéutico	30	31
Recomendado por familiar	19	20
Otros	2	2
Total	96	100

Fuente: Ficha de recolección de datos de Automedicación

Tabla No. 6

Sexo vs edad del tutor de los niños en estudio en el centro de Salud Villa Libertad Y Roger Osorio en el Primer semestre del año 2017.

Sexo	14-23 años		24-33 años		34-43 años		44-53 años		54-63 años		Total
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
Masculino	2	2.1	3	3.1	3	3.1	0	0.0	0	0.0	8
Femenino	36	38.5	43	44.8	5	5.2	2	1.0	2	2.1	88
Total	38	40.6	46	47.9	8	8.3	2	1.0	2	2.1	96

Fuente: Ficha de recolección de datos de automedicación

Tabla No 7:

Edad del tutor vs sintomatología presentada por los niños en estudio en el centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio en el primer semestre del año 2017

Síntoma	14-23 años		24-33 años		34-43 años		44-53 años		54-63 años		total
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
Diarrea	3	3.1	5	5.2	1	1.0	0	0.0	0	0.0	9
Fiebre	5	5.2	6	6.3	1	1.0	0	0.0	1	1.0	13
Tos	19	19.8	13	13.5	4	4.2	1	1.0	0	0.0	37
Ardor de garganta	1	1.0	4	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5
Vomito	1	1.0	4	4.2	1	1.0	0	0.0	0	0.0	6
Dolor de estomago	3	3.1	1	1.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0	5
Dolor de oído	3	3.1	6	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9
Golpe	1	1.0	2	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3
Moco	2	3.1	4	4.2	1	1.0	0	0.0	0	0.0	8
Manchas en la piel	0	0.0	1	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
Total	38	40.6	46	47.9	8	8.3	2	1.0	2	2.1	96

Fuente: Ficha de recolección de datos de automedicación

Tabla No 8:

Escolaridad del tutor versus antibiótico usado en los niños en estudio en el centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio en el primer semestre del año 2017

Antibiótico	Iletrado		Primaria		Secundaria		Técnico		Universitario		Total
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
Amoxicilina	1	1.0	15	15.6	14	14.6	2	2.1	2	2.1	35
Trimetoprim Sulfa	0	0.0	8	8.3	7	7.3	0	0.0	0	0.0	15
Penicilina Benzatínica	0	0.0	5	5.2	3	3.1	1	1.0	2	2.1	11
Azitromicina	1	1.0	5	5.2	12	12.5	0	0.0	0	0.0	18
Cefalexina	0	0.0	0	0.0	3	3.1	0	0.0	0	0.0	3
Eritromicina	0	0.0	0	0.0	4	4.2	0	0.0	0	0.0	4
Clindamicina crema	0	0.0	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	1.0	2
Metronidazol	1	1.0	0	0.0	3	3.1	0	0.0	0	0.0	4
Gentamicina amp	0	0.0	2	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2
Ciprofloxacina otica	0	0.0	0	0.0	1	1.0	1	1.0	0	0.0	2
Total	3	3.1	35	36.5	48	50.0	4	4.2	6	6.25	96

Fuente: Ficha de recolección de datos de automedicación

Tabla No 9:

Antibióticos vs la edad de los niños en estudio del centro de salud villa libertad y Roger Osorio en el primer semestre del año 2017.

Antibiótico	1 año		2 año		3 año		4 año		Total
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Amoxicilina	8	8.3	10	10.4	11	11.5	6	6.3	35
Trimetoprim Sulfa	1	1.0	5	5.2	4	4.2	5	5.2	15
Penicilina Benzatinica	2	2.1	1	1.0	2	2.1	4	4.2	9
Azitromicina	3	3.1	9	9.4	6	6.3	2	2.1	20
Cefalexina	0	0.0	0	0.0	3	3.1	0	0.0	3
Eritromicina	0	0.0	1	1.0	1	1.0	2	2.1	4
Clindamicina crema	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.1	2
Metronidazol	0	0.0	1	1.0	0	0.0	3	3.1	4
Gentamicina amp.	0	0.0	1	1.0	1	1.0	0	0.0	2
Ciprofloxacina ótica	0	0.0	0	0.0	2	2.1	0	0.0	2
Total	14	14.6	28	29.2	30	31.3	24	25.0	96

Fuente: Ficha de recolección de datos de automedicación

Tabla No 10:

Antibióticos vs el síntoma presentado por los niños en estudio del centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio en el primer semestre del año 2017.

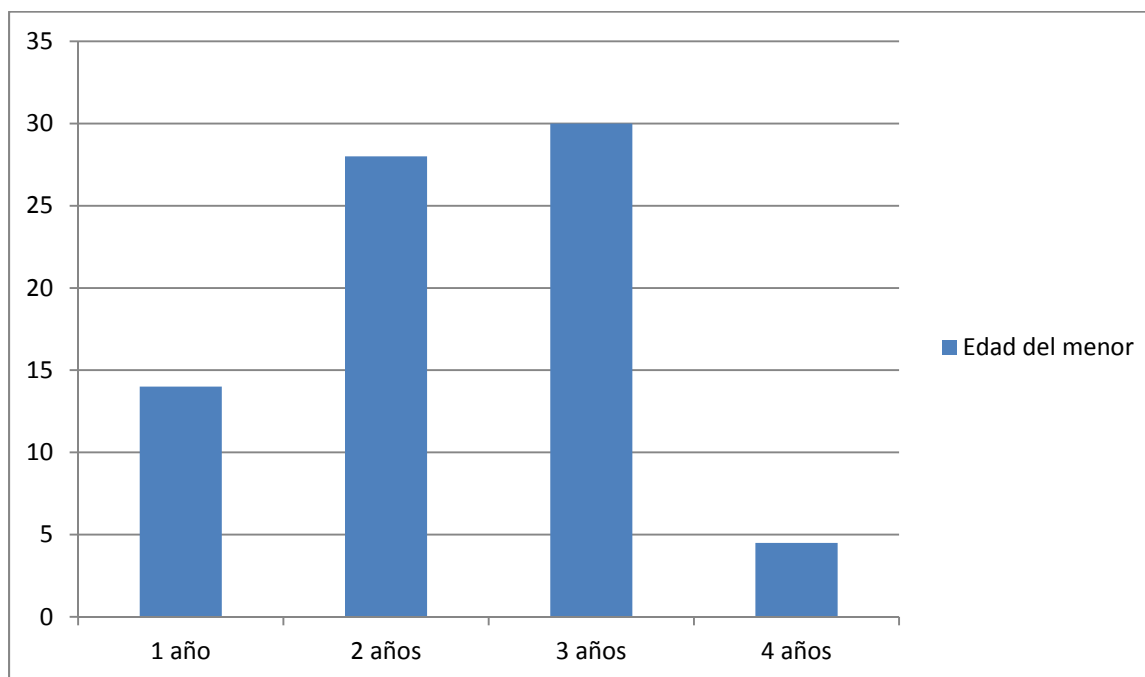
Antimicrobiano Síntoma automed.	Ardor de garganta		Diarrea		Dolor de estomago		Dolor de oído		Fiebre		Manchas en la piel		Rinorrea			Tos		Golpe		Vómito		Tot al
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
Amoxicilina	2	2.1	0	0.0	0	0.0	1	1.0	10	10.4	0	0.0	3	3.1	19	19.8	0	0.0	0	0.0	35	
Trimetoprim Sulfa	0	0.0	5	5.2	3	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0	0	0.0	6	6.3	15	
Penicilina Benzatínica	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0	8	8.3	0	0.0	0	0.0	9	
Azitromicina	3	3.1	1	1.0	1	1.0	3	3.1	1	1.0	0	0.0	3	3.1	7	7.3	1	1.0	0	0.0	20	
Cefalexina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0	0	0.0	3	
Eritromicina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	1.0	2	2.1	0	0.0	0	0.0	4	
Clindamicina crema	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0	0	0.0	2	
Metronidazol	0	0.0	3	3.1	1	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	
Gentamicina amp	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0	1	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	
Ciprofloxacina ótica	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	
Total	5	5.2	9	9.4	5	5.2	9	9.4	13	13.5	1	1.0	8	8.3	37	38.5	3	3.1	6	6.3	96	

Fuente: Ficha de recolección de datos de automedicación

4.1.2 Gráficos

Gráfico 1

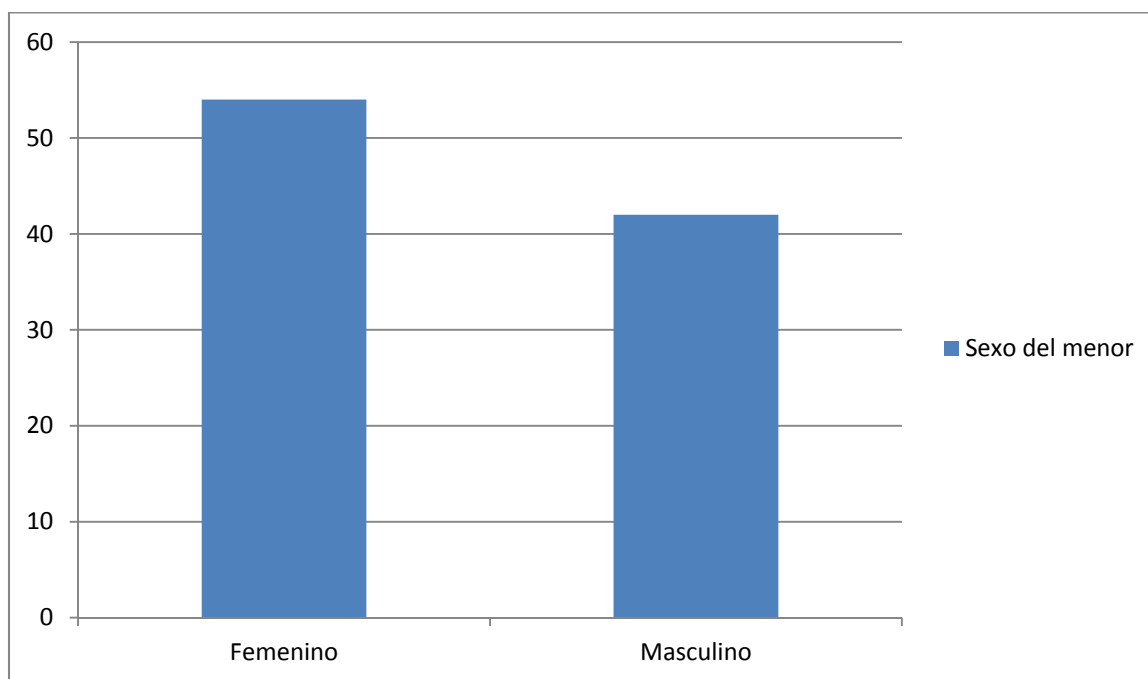
Edad de los niños en estudio en el centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio del primer semestre del año 2017.



Fuente: Tabla No 1

Gráfico 2

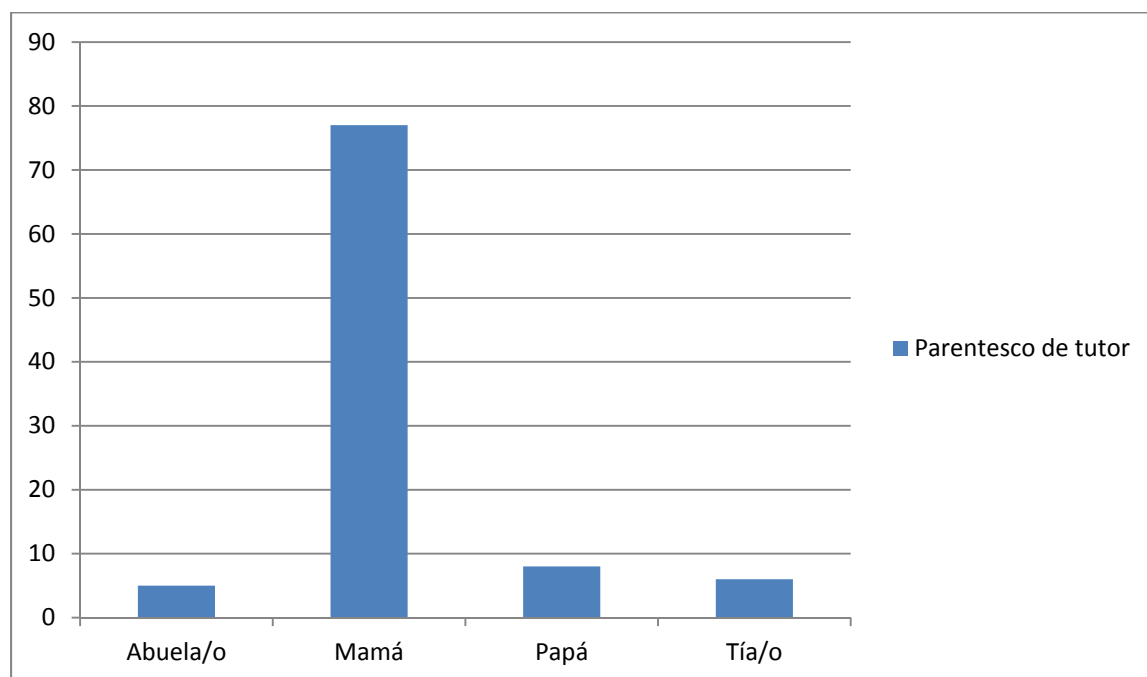
Sexo de los niños en estudio en el centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio del primer semestre del año 2017.



Fuente: tabla 2

Gráfico 3

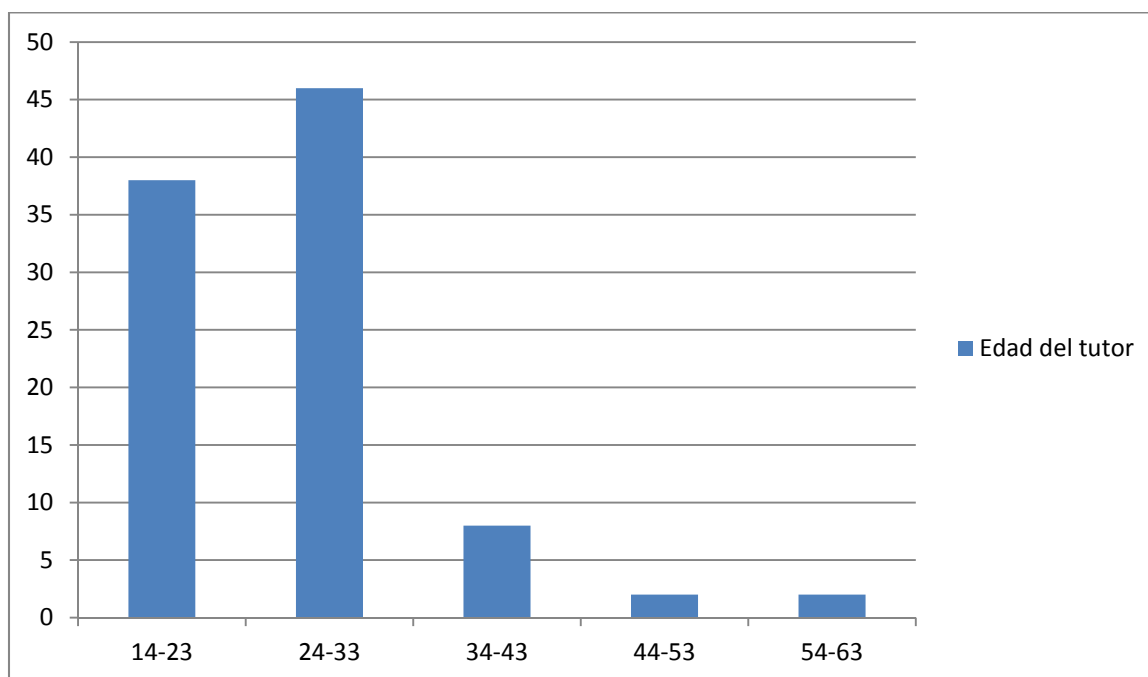
Parentesco del tutor de los niños en estudio del centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio en el primer semestre del año 2017.



Fuente: Tabla 2

Gráfico 4

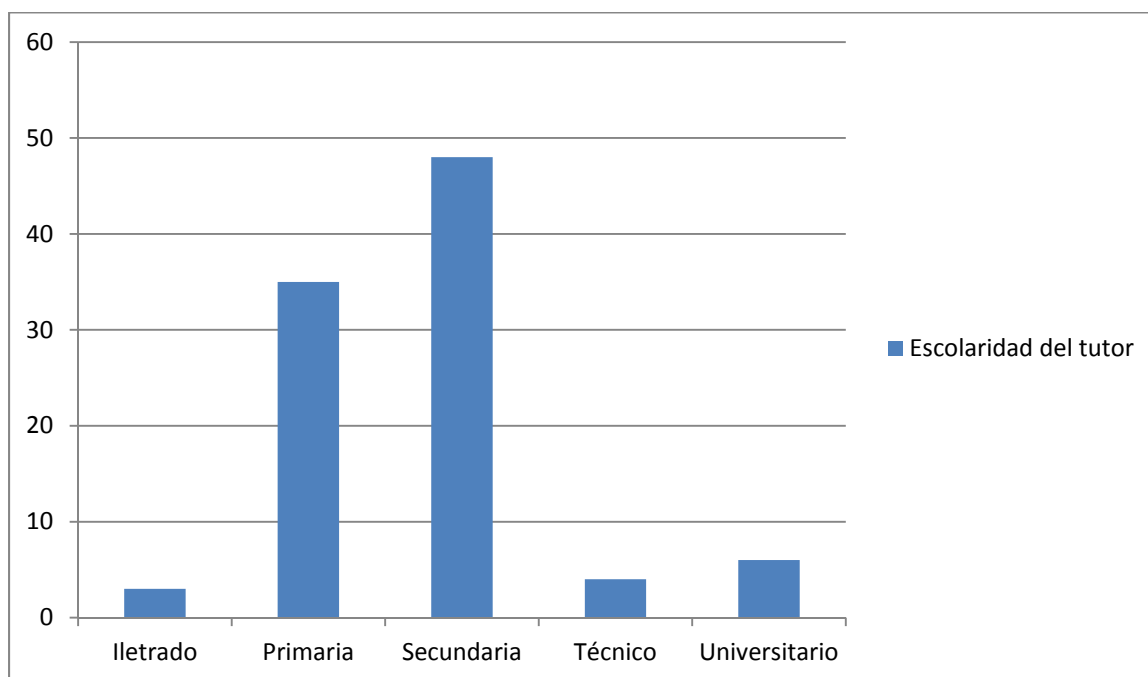
Edad del tutor de los niños en estudio del centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio en el primer semestre del año 2017.



Fuente: tabla 2

Gráfico 5

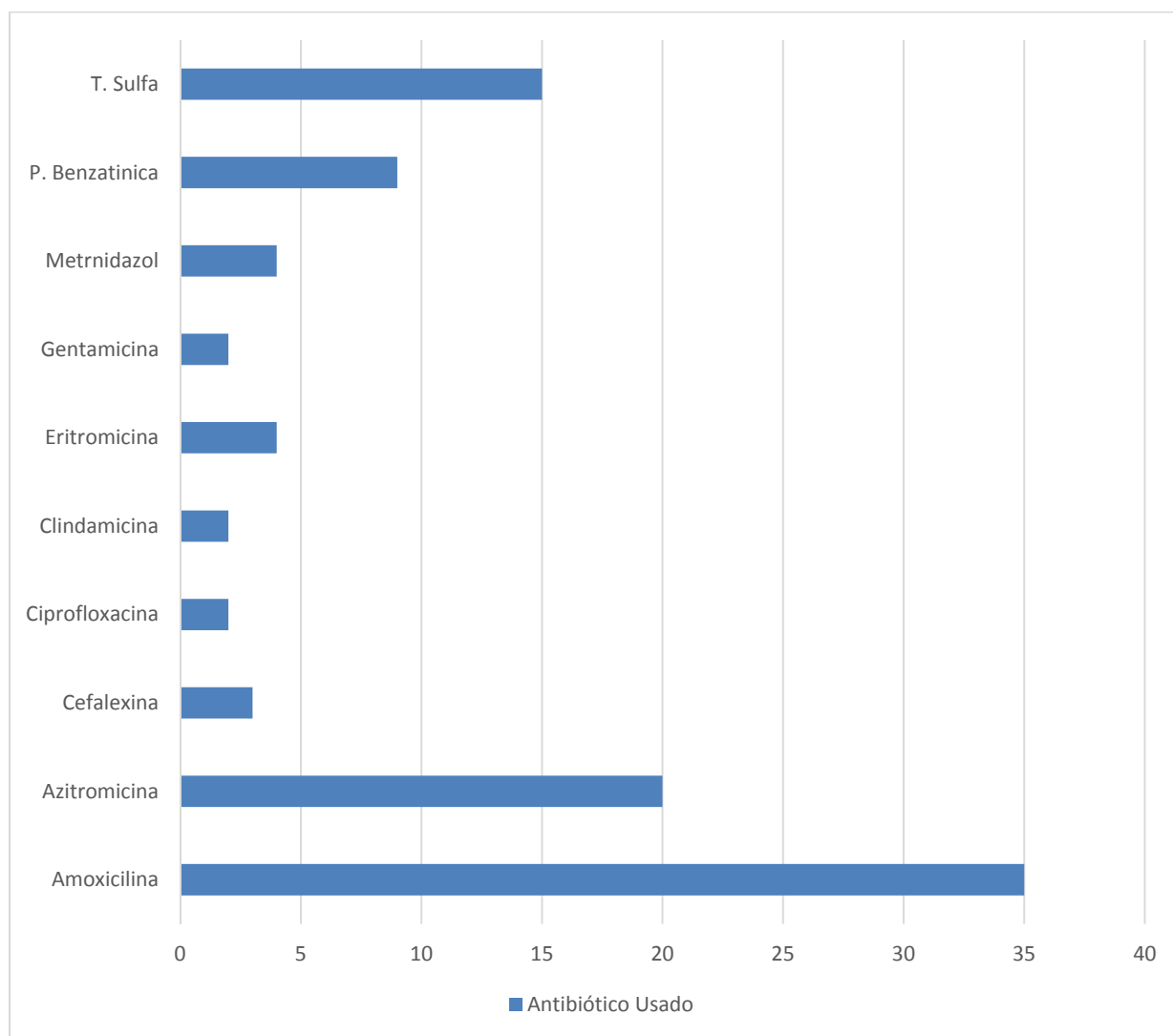
Escolaridad del tutor de los niños en estudio del centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio en el primer semestre del año 2017.



Fuente: tabla 2

Gráfico 6

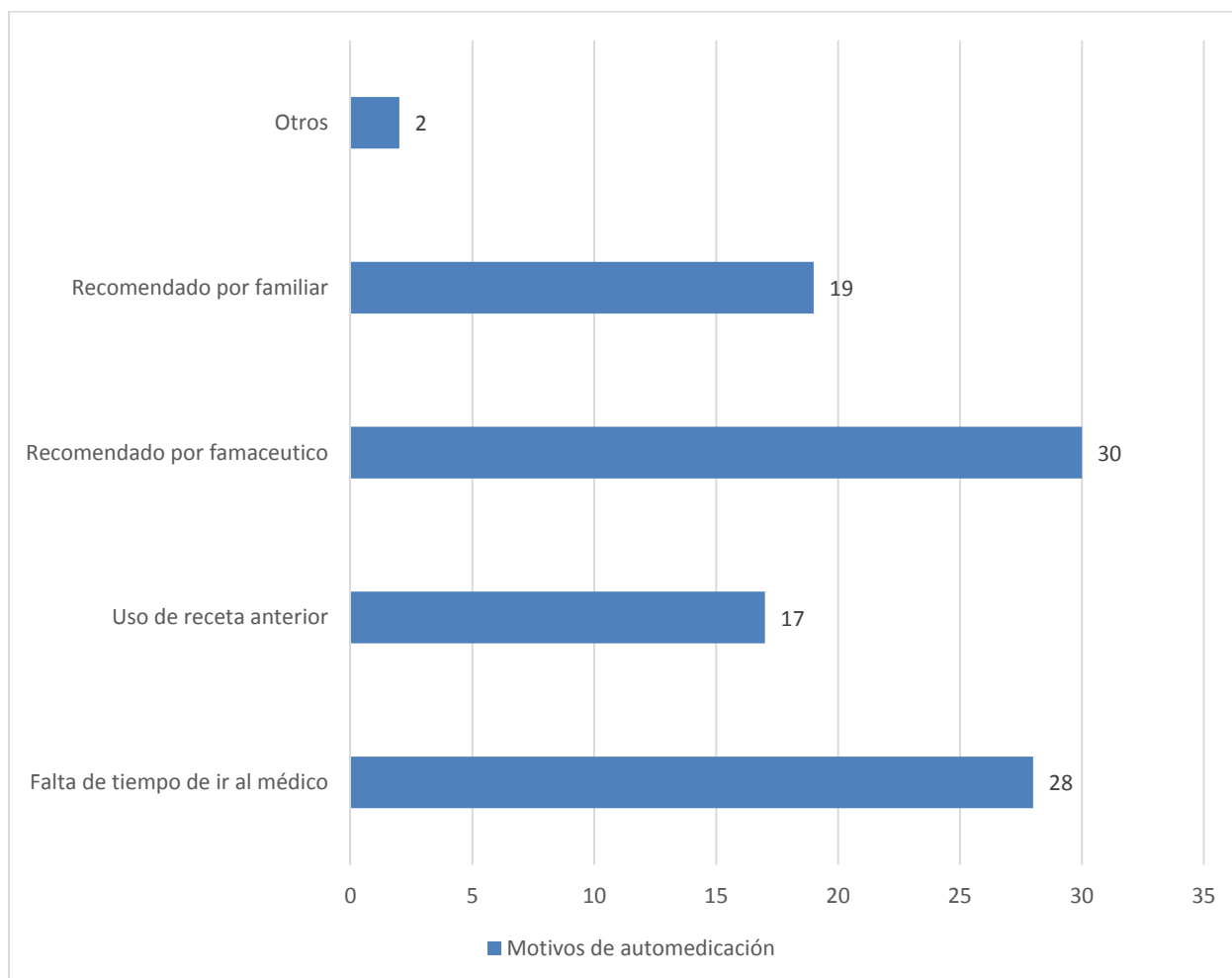
Antibiótico usado en los niños en estudio del centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio en el primer semestre del año 2017.



Fuente: tabla 3

Gráfico 7

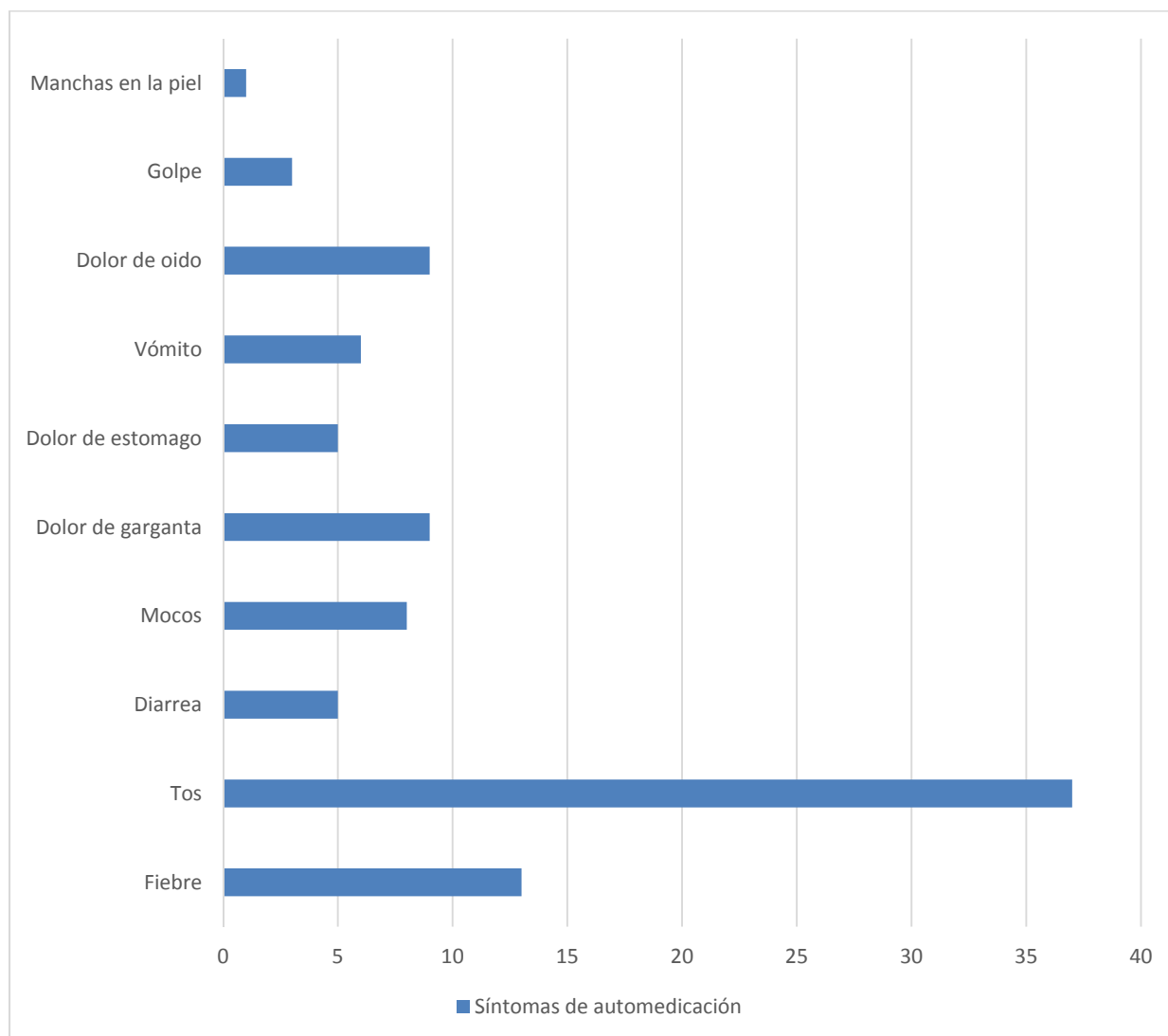
Motivos por los que los tutores automedican a los niños en estudio del centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio en el primer semestre del año 2017.



Fuente: tabla 4

Gráfico 8

Síntomas por los que son automedicados los niños en estudio del centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio en el primer semestre del año 2017.



Fuente: tabla 5

4.2 Instrumento de recolección de datos



El siguiente documento contiene una serie de preguntas con el fin académico para realizar el siguiente estudio: Automedicación antibacteriana en niños menores de 5 años atendidos en el centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio durante el primer semestre del año 2017. En el cual se respetará su identidad y la del menor procediendo a realizarla con su debido consentimiento.

Ficha de recolección de datos

I. Datos demográficos del menor

Edad:

Sexo:

II. Datos demográficos del Tutor:

Parentesco:

Edad:

Escolaridad:

III. Uso de antibióticos

¿Cuál antibiótico usó?

¿Cuál fue el motivo de la automedicación?

Motivos	SI	NO
Falta de tiempo de ir al medico	_____	_____
Uso de receta anterior	_____	_____
Recomendado por farmacéutico	_____	_____
Recomendado por familiar	_____	_____
Otros	_____	_____

Síntomas por los que automedicó al menor

Síntomas	SI	NO
Fiebre	_____	_____
Tos	_____	_____
Diarrea	_____	_____
Mocos	_____	_____
Dolor de garganta	_____	_____
Dolor de estómago	_____	_____
Vómito	_____	_____
Dolor de oído	_____	_____
Golpe	_____	_____
Manchas en piel	_____	_____