



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO DE PUNO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN IMPUESTA

POR PADRES/TUTORES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

INGRESADOS A EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL

MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, PERIODO DICIEMBRE

2019 – MARZO 2020.

TESIS

PRESENTADA POR:

BACH. TONY MARLIN QUISPE PEREZ

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

PUNO – PERU

2020



DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional. A mi padre y a mis hermanos, por compartir momentos significativos conmigo y ayudarme en cualquier momento. A Lilia mi esposa por su apoyo incondicional y porque te amo infinitamente.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Altiplano, y en especial a la Facultad de Medicina Humana, por haberme formado y brindado oportunidades de crecimiento y poder contribuir en el desarrollo de nuestra región y nuestro querido Perú.

Así mismo mi agradecimiento a los doctores de las diferentes especialidades del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón por haberme brindado orientación y enseñanzas, durante mi internado médico.

A los docentes de la Facultad de Medicina Humana por sus enseñanzas impartidas y generadas en mí.

Al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno por haberme facilitado la ejecución de mi tesis.



INDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS

INDICE DE FIGURAS

INDICE DE ACRONIMOS

RESUMEN12

ABSTRAC.....13

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 14

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... 15

1.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN 16

1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO 16

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 18

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES 20

2.2 BASES TEORICAS 29



CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1	UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO	59
3.2	PERIODO DE DURACIÓN DEL ESTUDIO.....	59
3.3	RECOGIDA DE MUESTRA	59
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO.....	60
3.5	DISEÑO ESTADÍSTICO	62
3.6	PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:	62
3.7	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	64

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	RESULTADOS.....	66
4.2	DISCUSIÓN.....	124
V.	CONCLUSIONES.....	127
VI.	RECOMENDACIONES.....	129
VII.	REFERENCIAS.....	130
	ANEXOS.....	140

Área : Ciencias Médicas Clínicas

Tema : Farmacología

FECHA DE SUSTENTACION: 03 Setiembre del 2020



INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de variables a continuación.....	64
Tabla 2: Distribución de padres según el grado de instrucción.....	67
Tabla 3: Distribución de padres según el monto de ingreso económico mensual.....	70
Tabla 4: Distribución de acuerdo a la edad del paciente pediátrico	78
Tabla 5: Distribución de acuerdo a si el paciente pediátrico tomo algún medicamento antes de venir a emergencia.....	80
Tabla 6: Distribución de acuerdo a que o quien le recomendó tomar el medicamento para el paciente pediátrico.....	85
Tabla 7: Distribución de acuerdo a qué tipo de medicación prefiere el padre del paciente pediátrico.....	91
Tabla 8: Relación entre el grado de instrucción del padre y si considera que fue automedicación.....	93
Tabla 9: Relación entre el ingreso económico y si considera que fue autoedición	95
Tabla 10: Relación entre el grado de instrucción de los padres y cuanto cree que sabe sobre los medicamentos	97
Tabla 11: Relación entre el ingreso económico de los padres y cuanto cree que sabe sobre los medicamentos	99
Tabla 12: Relación entre el ingreso económico y quien recomendó el medicamento que tomo el paciente pediátrico antes de acudir a emergencia	101
Tabla 13: Relación entre el grado de instrucción y quien recomendó el medicamento que tomo el paciente pediátrico antes de acudir a emergencia	104



Tabla 14: Relación entre el grado de instrucción y como considera la práctica de la automedicación	107
Tabla 15: Relación entre el ingreso económico familiar y como considera la práctica de la automedicación	109
Tabla 16: Relación entre el grado de instrucción y cree que la automedicación trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico.....	111
Tabla 17: Relación entre el ingreso económico familiar y cree que la automedicación trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico	113
Tabla 18: Relación entre el grado de instrucción de los padres y que tipo de tratamiento prefiere	115
Tabla 19: Relación entre el ingreso económico familiar y que tipo de tratamiento prefiere	117
Tabla 20: Relación entre el síndrome del paciente y la edad pediátrica	119
Tabla 21: Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la automedicación	122



INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Triángulo del factor humano.....	50
Figura 2: Distribución porcentual de los padres según el vínculo con el paciente pediátrico.....	66
Figura 3: Distribución porcentual de los padres según el grado de instrucción.....	68
Figura 4: Distribución porcentual de los padres según al grupo etario al que pertenecen	69
Figura 5: Distribución porcentual según en monto de ingreso económico mensual de los padres	71
Figura 6: Distribución porcentual de acuerdo si presentan botiquín o medicamentos en casa de los pacientes	72
Figura 7: Distribución porcentual de los medicamentos que tiene en casa o en su botiquín de los padres.....	73
Figura 8: Distribución porcentual de si alguna vez se automedicó el padre y/o tutor..	74
Figura 9: Distribución porcentual de acuerdo de cuándo fue la última vez que se automedicó el padre y/o tutor.....	75
Figura 10: Distribución porcentual de como considera la automedicación los padres y/o tutores.....	76
Figura 11: Distribución porcentual de acuerdo de cuanto cree que sabe sobre los medicamentos el padre y/o tutor	77
Figura 12: Distribución porcentual de acuerdo a la edad del paciente pediátrico.....	79
Figura 13: Distribución porcentual de acuerdo a si el paciente pediátrico tomo algún medicamento antes de venir a emergencia.....	81
Figura 14: Distribución porcentual de acuerdo que tipo de medicamento tomo antes de ingresar a emergencia.....	82



Figura 15: Distribución porcentual de acuerdo a cuánto tiempo tomo el medicamento antes de venir a emergencia	83
Figura 16: Distribución de si los medicamento que tomo el paciente pediátrico tenían prescripción médica.	84
Figura 17: Distribución porcentual de acuerdo a que o quien le recomendó tomar el medicamento.	86
Figura 18: Distribución porcentual de la procedencia del medicamento que tomo el paciente pediátrico.	87
Figura 19: Distribución porcentual de acuerdo a si los padres consideran que fue automedicación brindada al paciente pediátrico.	88
Figura 20: Distribución porcentual de acuerdo al síndrome percibido por el padre y/o tutor del paciente pediátrico.	89
Figura 21: Distribución porcentual de acuerdo si los padres creen que la automedicación trae riesgos en el futuro de la salud del paciente.....	90
Figura 22: Distribución porcentual de acuerdo a qué tipo de medicación prefiere el padre del paciente pediátrico.	92



INDICE DE ACRONIMOS

- **HRMNB:** Hospital Regional Manuel Núñez Butrón
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **AMM:** Asociación Médica Mundial
- **EFP:** Especialidades Farmacéuticas Publicitarias
- **OTC:** Over the counter
- **DIGEMID:** Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
- **RAE:** Real Academia Española
- **IRA:** Infecciones Respiratorias Agudas
- **EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda



RESUMEN

Objetivo: determinar los factores asociados a la automedicación impuesta por padres/tutores en pacientes pediátricos ingresados a emergencia del hospital regional Manuel Núñez Butrón de Puno en el periodo Diciembre 2019 – Marzo 2020. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal; en una población de 315 pacientes, admitidos según criterios de inclusión y consentimiento informado de los padres, en el servicio de emergencia pediátrica del HNMNB. Se obtuvo datos a través de una encuesta elaborada por el investigador, los cuales fueron procesados en el software Excel e IMB SPSS versión 26. **Resultados:** se evaluaron 21 variables mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson, de los cuales se obtuvieron, que los factores más significativos fueron el grado de instrucción e ingreso económico de los padres. Se determinó que todos los padres estudiados brindaron medicamentos a sus hijos antes de acudir a emergencia. Además se determinó que a mayor grado de instrucción y mayor ingreso económico de los padres: si consideran que brindar medicamentos a sus hijos fue automedicación; igualmente tienen más conocimiento básico de los medicamentos que usan para sus hijos; asimismo existe más afinidad al uso de internet y redes sociales para la automedicación de sus hijos; del mismo modo consideran como peligrosa a la automedicación y que traerá riesgos para el futuro en la salud del paciente pediátrico. Se determinó además, que el síndrome febril es el más común percibido por los padres antes de acudir a emergencia. **Conclusiones:** El índice de automedicación es más alto a diferencia de otros estudios. Existe confianza de los padres hacia el personal no médico y a las redes sociales e internet para automedicar a sus hijos.

Palabras clave: Automedicación, pacientes pediátricos, internet, redes sociales.



ABSTRACT

Objective: to determine the factors associated with self-medication imposed by parents / guardians in pediatric patients admitted to the emergency department of the Manuel Núñez Butrón regional hospital in Puno in the period December 2019 - March 2020. **Materials and Methods:** A descriptive, prospective and cross-sectional study was carried out; in a population of 315 patients, admitted according to inclusion criteria and parental informed consent, to the pediatric emergency service of the HNMNB. Data was obtained through a survey prepared by the researcher, which were processed in Excel and IMB SPSS version 26 software. **Results:** 21 variables were evaluated using Pearson's Chi-square test, of which it was obtained that the most significant factors were the level of education and income of the parents. It was determined that all the parents studied gave their children medicine before going to the emergency room. Furthermore, it was determined that the higher the level of education and the higher the income of the parents: if they consider that giving their children medication was self-medication; they also have more basic knowledge of the medications they use for their children; There is also more affinity to the use of the internet and social networks for self-medication of their children; in the same way, they consider self-medication as dangerous and that it will bring risks for the future in the health of the pediatric patient. It was also determined that febrile syndrome is the most common perceived by parents before going to the emergency room. **Conclusions:** The self-medication index is higher than in other studies. There is trust of parents towards non-medical personnel and social networks and the internet to self-medicate their children.

Keywords: Self-medication, pediatric patients, internet, social networks.



CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La automedicación, actualmente son prácticas muy frecuentes en nuestro medio que conllevan consecuencias que pueden llegar a calar en la integridad de la salud de la población incluso llegando a ser fatales, y que son desconocidas por quienes lo realizan. Es bien sabido que gran parte de la población se automedica; sin embargo, se desconoce sus implicancias, podemos citar las razones y los medicamentos que se administran con mayor frecuencia. Y un caso sería que un medicamento usado en un cuerpo que no lo requiere, puede acrecentar diversas sintomatologías, estas pueden llevar a estados peores que los iniciales, constituyéndose causa de más enfermedades y o lesiones, e induciendo al desarrollo de inmunidad frente a la acción de fármacos requeridos en casos extremos.

(1)

La automedicación irresponsable y la autoprescripción se ha incrementado en las últimas décadas; esta actitud errónea, es cotidiana y periódica, generalmente en los usuarios de boticas, farmacias, e incluso tiendas convirtiéndola en una problemática de salud pública, (2) pues genera en los pacientes dependencia psíquica o física a determinados medicamentos para llevar a cambios en el estado de ánimo, las consecuencias de su práctica pueden ser desde el ocultar la afección, la manifestación de efectos adversos no deseados, el aumento o irritación de la dolencia, el incremento de ingresos de pacientes al hospital por errores en la farmacoterapia y la resistencia bacteriana a los medicamentos empleados. (3,4)



1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

Durante el internado medico se atienden pacientes en el t3pico de emergencia los cuales ya vienen tomando medicamentos para calmar los s3ntomas que tienen, pero cuando estos no hacen el efecto esperado, los padres toman la decisi3n de acudir a que los vea un doctor, luego que primeramente consultaron con sus familiares, el farmac3utico e incluso luego de que lo consultaran con internet, y esto hace que el tratamiento que se le da en el hospital sea m3s agresivo, incluso se tiene que aumentar la dosis y usar la v3a parenteral para que el tratamiento sea efectivo, lo que demuestra la actitud que tienen con uso de los f3rmacos y que para los padres tiene m3s peso la opini3n de sus familiares, farmac3uticos, redes sociales e internet y poniendo en 3ltimo lugar al gremio m3dico.

En varios pa3ses en v3as de desarrollo, como el nuestro, la automedicaci3n es reconocida como una de causas del uso equivoco e intempestivo de antibi3ticos.

Hoy en d3a en muchos de esos pa3ses estos f3rmacos son adquiridos en establecimientos privados donde se expende medicamentos, esto sumado con la nula aplicabilidad de leyes que eviten esta pr3ctica, hacen un problema muy grande de enfrentar.

La ampliaci3n del uso excesivo de antibi3ticos, cada vez se relaciona m3s con la alta tasa de resistencia a una gran cifra de microorganismos, constituyendo una problematica que va en ascenso. La era dorada de los antibi3ticos, en la que continuamente surg3an nuevas familias de estos; cada vez hay ciertos antibi3ticos con gran acci3n, disponibles y haciendo m3s resistencias bacterianas a ellos.

En el Per3 el pueblo com3nmente consigue antibi3ticos sin receta brindada por alg3n m3dico, incluso la dispensaci3n de estos f3rmacos en farmacias y/o boticas sin



previa receta médica constituye un gran compromiso que conlleva al uso irracional de antibióticos.

Ante todo lo descrito, nace la interrogante de investigación: ¿Cuáles son los factores asociados a la prevalencia de automedicación en pacientes pediátricos previo a su ingreso al Servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, periodo diciembre - marzo 2020?

1.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Existe asociación entre los factores: personal, familiar, educativo, económico y la automedicación impuesta por padres y/o tutores en pacientes pediátricos previo a su llegada al servicio de emergencia del HRMNB de Puno.

1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Ante lo observado durante el internado médico, los pacientes pediátricos ya vienen con medicación previa, que habían sido recomendada por familiares, farmacéuticos, redes sociales e internet; pero que no había tenido el efecto esperado, razón por la cual deciden traerlo a emergencia para que lo vea un médico, motivo por el cual el tratamiento brindado en el hospital suele ser más agresivo llegando a usar la vía parenteral, esto resulta de especial interés conocer cuáles son los factores que hacen que los padres brinden medicamentos a sus hijos confiando en familiares, profesionales no médicos e inclusive redes sociales e internet, y a partir de ahí adoptar las medidas que permiten prevenir que los padres brinden medicamentos a sus hijos sin una consulta previa a un médico.

La presente investigación surge de la necesidad de estudiar esta problemática y hace necesaria la intervención en la localidad en general, que constituyen en si a los verdaderos actores en el autoconsumo de fármacos, por ello mismo es necesario, enterarse



de las propias inducciones y prácticas que están relacionadas a la automedicación que tiene la población en general.

En nuestro estado no se han hecho profusos estudios para calificar el nivel de conocimientos básicos de los padres y/o tutores sobre los fármacos y la administración de estos a niños, sin receta médica; esta conducta ha ido acrecentándose, debido a variados factores, como la decisión de adquirir y/o comprar fármacos a pesar de no contar con una receta médica, mayor acceso a información por parte de los padres sobre las nosologías y sus puntos de vista a través de internet.

Esto ha generado un gran problema de salud pública, lo cual puede llevar a producir el aumento de resistencia a antibióticos. En el paciente puede llevar al inexacto tratamiento de una enfermedad y un ascenso en los costos de los tratamientos.

Debido a que no se cuenta con suficientes estudios en la región sobre el fenómeno de la administración de fármacos de padres hacia sus hijos y que los motiva para hacerlo sin la consulta previa hacia un doctor.

Por otra parte, la investigación contribuye a ampliar los datos sobre la administración de fármacos de padres hacia sus hijos para contrastarlo con otros estudios similares.

El trabajo tiene una utilidad metodológica, ya que podrían realizarse futuras investigaciones que utilizaran metodologías compatibles de manera que se posibilitaran análisis conjuntos, comparaciones entre periodos temporales concretas y evaluaciones de las intervenciones que se estuvieran llevando acabo para la prevención y la erradicación de la automedicación ya sea de padres y que los mismos se abstengan de brindarle medicamentos sin consulta previa al doctor y la compra de medicamentos sin receta



médica. Esta investigación es viable, pues se dispuso de los recursos necesarios para llevarla a cabo.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores asociados a la automedicación impuesta por padres/tutores en pacientes pediátricos ingresados a emergencia del hospital regional Manuel Núñez butrón de Puno, periodo diciembre - marzo 2020.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia de la automedicación impuesta por parte de los padres/tutores en pacientes pediátricos previo a su ingreso al Servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, periodo diciembre - marzo 2020.
- Determinar si existe asociación entre el grado de instrucción e ingreso económico de los padres y si los padres consideran que fue automedicación brindarle medicamentos a su hijo antes de acudir a emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, periodo diciembre - marzo 2020.
- Determinar si hay relación entre el grado de instrucción e ingreso económico de los padres y con cuanto creen saber sobre los medicamentos brindados a sus hijos antes de acudir a emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, periodo diciembre - marzo 2020.
- Determinar si existe asociación entre el grado de instrucción e ingreso económico de los padres y quien recomendó a los padres el medicamento brindado a su hijo antes de acudir a emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, periodo diciembre - marzo 2020.



- Determinar si hay relación entre el grado de instrucción e ingreso económico de los padres y como consideran la práctica de la automedicación.
- Determinar si existe asociación entre el grado de instrucción e ingreso económico de los padres y con si creen que la automedicación traerá riesgos al futuro del paciente pediátrico.
- Determinar si hay relación entre el grado de instrucción e ingreso económico de los padres y qué tipo de tratamiento prefieren.
- Determinar si existe asociación entre la relación entre la edad del paciente pediátrico y el síndrome que percibió el padre antes de acudir a emergencia.



CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES

Se realizaron varios estudios que describen los diferentes factores relacionados al uso de medicamentos en pediatría, entre los cuales se puede destacar los siguientes:

ANTECEDENTES NACIONALES

Vargas (2018) Factores asociados a la automedicación en población pediátrica, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue enero 2018. Resumen: La automedicación con antibióticos ha ido surgiendo en paralelo con el desarrollo de la terapéutica antibiótica, con miras a convertirse en un problema de salud pública no lejano. La población pediátrica, no es ajena a esta situación; necesitando el conocimiento de nuestra realidad para un adecuado actuar. Objetivo: Identificar los factores asociados a la automedicación con antibióticos en pacientes que acuden a consultorios externos de pediatría. Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal. Ejecutado en consultorios externos de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue, el Agustino, Lima, Perú. Enero 2018. Muestra: n=273. Resultados: Se encontró un 69,78% de padres de familia que automedicaron a sus hijos. La edad más automedicada de pacientes fue de 1 mes 1 día a 2 años con 56,47%. Un 55,4% fue de sexo masculino y el nivel económico más frecuente fue Medio -Bajo con un 74,1% El motivo con mayor frecuencia de automedicación fue la fiebre con 49,28% y el origen del uso de antibióticos fue la recomendación de un farmacéutico en 35,6% y la utilización de una receta anterior en 34,53%. Conclusiones: Los factores asociados encontrados fueron: Los deficientes conocimientos generales sobre antibióticos en los padres de familia, el sexo masculino del paciente, la utilización de una receta anterior y la recomendación de usar antibiótico



dada por el farmacéutico. Todos ellos con un valor de $p < 0,05$., sugiriendo asociación estadística. (5)

Nunjar (2018) Evaluación de las características de la automedicación indirecta en pacientes de odontopediatría de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas filial Piura 2017. Resumen: El estudio tuvo como objetivo determinar las características de la automedicación indirecta en pacientes de Odontopediatría de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas Filial Piura en el 2017. Siendo un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal, teniendo como muestra igual a la población atendida mensualmente durante ese año, se tomó a los familiares de los pacientes pediátricos que acudieron a la Clínica Docente, siendo un aproximado de 38 padres de los pacientes durante el mes. Dentro de los resultados se obtuvo que el familiar que administra la automedicación indirecta en pacientes de Odontopediatría es la madre en el 94,3%, el tiempo es de 4.66 días, el grupo más usado en la automedicación indirecta son los analgésicos con el 65,7%, teniendo como motivo de la automedicación indirecta el dolor con el 85,7% y el lugar de adquisición del medicamento son las farmacias, en el 74,3%. Se llega a la conclusión que las características de la automedicación indirecta en pacientes de Odontopediatría de la clínica docente están basadas en la administración por parte de la madre con un nivel secundario, prescribiendo paracetamol y amoxicilina por un promedio de 4,66 días. (6)

Ccasaya (2016) Conocimiento y actitudes en el uso racional de antimicrobianos en el personal médico de los departamentos de medicina, cirugía, pediatría, uci y ginecología, en el Hospital Nacional Dos de Mayo, noviembre 2016. Resumen: La presente tesis tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitudes en el uso racional de antimicrobianos en el personal médico de los departamentos de Medicina, Cirugía, Pediatría, UCI y Ginecología, en el Hospital



Nacional Dos de Mayo, noviembre 2016. Método: Se realizó un estudio descriptivo-transversal, Se elaboró una ficha de recolección de datos como instrumento para medir los objetivos, que estuvo constituida por 35 preguntas de conocimientos y 5 de actitudes. Para el análisis de datos, se utilizó el programa SPSS Statitics 21. Resultados: Se encontró que el 41 % no conoce información sobre el uso de la vancomicina. Los residentes de primer año obtuvieron 22 % de nivel de conocimiento alto. La población entre los 39 – 46 años obtuvieron 25 % de nivel de conocimiento alto; siendo los hombres los que obtuvieron un 15 % de nivel de conocimiento alto. Pediatría obtuvo los mejores resultados de nivel de conocimiento con 29 %, con estudios de especialidad como Pediatría y Medicina obtuvieron un 33% de nivel de conocimiento alto. El 69 % del personal médico obtuvo un nivel de actitud alto y se encontró el 31 % con nivel de actitud regular. Según cargo, los residentes de segundo y tercer año tienen un 100% en nivel de actitud alto. Según rango de edad de 25 – 30 años obtuvieron un 93 % de nivel de actitud alto, y las mujeres obtuvieron un 89 % de nivel de actitud alto. Conclusión: Se determinó que el personal médico tiene nivel de conocimiento regular y nivel de actitud alto. (7)

Churata (2016) Caracterización de la automedicación con antibióticos en emergencia de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho, periodo octubre – diciembre 2016. Resumen: Determinar las principales características generales relacionadas con la práctica de la automedicación con antibióticos por parte de los padres a sus hijos antes de su atención por Emergencias Pediátricas del Hospital Regional de Ayacucho. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, encuestándose a 345 padres que llegaron al servicio de Emergencias Pediátricas del Hospital Regional de Ayacucho durante Octubre – Diciembre 2016. Resultados: 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 predominó con 30,5% y 22% respectivamente. La facilidad de la adquisición fue del 72%. Conclusiones: 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. (8)

Zevallos (2015) Prevalencia de automedicación en niños de la institución educativa 525 Houston, Nuevo Chimbote 2015. Resumen: Realizo un estudio para determinar la prevalencia de la automedicación en niños en una institución educativa de Nuevo Chimbote, Perú; su estudio fue prospectivo, descriptivo y transversal encontrando que el 100% de 39 madres del estudio en algún momento automedicó a sus hijos y entre los aspectos más importantes se halló que la mayoría de las madres eran jóvenes en promedio de 15-25 años, con estudios secundarios, que se ocupaban a quehacer domiciliario y dentro de los principales medicamentos administrado figuraba la amoxicilina con un 39% en infecciones respiratorias, más de la mitad (71,79%) consideraba que la automedicación era una buena práctica, desconociendo sus reacciones adversas. Concluyendo que la prevalencia de la automedicación en niños era muy alta (9)

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Enriquez (2018 Ecuador) Factores asociados en la automedicación por poderes en niños menores de cinco años. Centro de salud N°1 Ibarra 2018. Resumen: La automedicación en el niño es un acto que queda supeditado por el cuidador, es él quien



decide medicarlo, basándose en la interpretación subjetiva de los síntomas que presente el infante. Objetivo: Determinar los factores asociados en la automedicación por poderes en niños menores de cinco años. Centro de Salud N°1 Ibarra 2018. El abordaje de este estudio es cuantitativo, de tipo no experimental, transeccional y descriptivo; la muestra incluyó a 119 cuidadores que automedicaron a los niños, a quienes se les aplicó una encuesta modificada y validada previo consentimiento informado. En los resultados, la mayor frecuencia de automedicación por los cuidadores se encontró en el género femenino, el nivel de estudio medio y superior, el orden que ocupa el hijo entre los hermanos y la zona urbana; los principales síntomas por los que se automedicó al niño/a fueron la fiebre, gripe y síndromes diarreicos. Se concluyó que, la mayoría de los encuestados automedicaron a sus niños pensando que la enfermedad no era de gravedad, mientras que los fármacos empleados predominantes fueron los antipiréticos, antiinflamatorios no y en menor proporción antibióticos. (10)

Aguilar, Chavez (2018 Nicaragua) Automedicación con antibióticos en niños menores de 5 años atendidos en el centro de salud Villa Libertad y Roger Osorio, I semestre, 2017. Resumen: La automedicación es el acto en el cual una persona recibe uno o más por iniciativa propia, por sugerencia empírica de terceros o por consejos del despachador de farmacia, puede desembocar en una epidemia de superbacterias. Se define el siguiente tema de investigación, automedicación con antibióticos en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Villa Libertad y Roger Osorio, I semestre 2017 estudio de tipo descriptivo de corte transversal con un universo de 13,578, definiendo una muestra de 96, se elaboró una entrevista a través de un cuestionario dirigida a los tutores llenada por los investigadores. Se encontró que las edades de los niños los cuales automedicados prevalecen entre 2 a 4 años, predominó el sexo femenino, los tutores generalmente que realizan la automedicación son las madres; estas se encuentran entre



las edades 24 a 33 años y generalmente son de escolaridad secundaria, el antibiótico más usado es la amoxicilina, y la tos es el síntoma por el que más automedicán; 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.(11)

Valenzuela (2017 España) Factores condicionantes de la automedicación “por poderes” en pediatría 2017. Resumen: Estudio y descripción de las diversas formas como un niño/a puede recibir medicamentos, con especial atención a la AM y las peculiaridades que la rodean en el niño. Justificación y Objetivos: Hallar la frecuencia de la AM y conocer el papel de la madre. Valorar la asociación de condicionantes sociales, personales, familiares, educativos, laborales y sanitarios de la madre, del hijo, o del entorno social, con la frecuencia de AM. Sugerir, si puede ser, recomendaciones educativas socio-sanitarias, que optimicen en el niño la práctica de una AM responsable. Material y Métodos: Se diseña un estudio observacional, transversal y prospectivo, que incluye 1 714 madres y sus hijos/as de 0 -14 años que consultan en Urgencias de Pediatría: 345 exclusivamente automedicados por la madre (grupo problema) y 1 369 (grupo control) que no cumplen el requisito anterior, en el que se incluyen 217 niños/as automedicados, aunque no exclusivamente y/o por la madre. Para el estudio descriptivo de las variables cuantitativas se han calculado porcentajes, comparándolos mediante la prueba de Chi-cuadrado. El análisis de las variables cualitativas se ha basado en el cálculo de la ODDS RATIO (OR) y de su intervalo de confianza al 95 % (IC 95 %). Resultados: La frecuencia total de automedicación es del 32,8%. Hay asociación significativa OR (IC 95%) entre la frecuencia de automedicación y el nivel de estudios maternos, el número de hijos, el orden que ocupa entre los hermanos, el tiempo transcurrido entre aparición de síntomas-consulta, y la edad a partir de los 6 años. No hay asociación significativa con la



edad materna, ni con el nivel socio-laboral de la familia. Los fármacos más utilizados para automedicar son antitérmicos y “anticatarrales”, lo más frecuente en monoterapia. Emplearon antibióticos en el 18% de los casos. El 84,9% de los fármacos utilizados procedían de restos de tratamientos anteriores, siendo elegidos en el 93% de casos porque fueron prescritos antes al mismo o a otro hijo. Conclusiones: Para concentrar la atención sobre la influencia de cada uno de los distintos factores estudiados, se redactan en apartados monográficos: Generales, Particulares (condicionadas por las madres, los pacientes, las urgencias, y los medicamentos) y Finales. Cómo más significativas se pueden resumir en que las madres son más decididas para automedicar a los hijos mayores, y prudentes con los pequeños, buscando para ellos (más medicados) la seguridad de la prescripción. El nivel educativo, y sobre todo la experiencia adquirida con hijos anteriores, y sus padecimientos, parece “capacitar” a las madres para automedicar, sirviéndose de la experiencia de prescripciones médicas anteriores para elegir los fármacos, que casi en el 85% de los casos proceden del “botiquín doméstico”. Se concluye finalmente, que las madres pueden ser unas excelentes colaboradoras con el pediatra, en el control de síntomas y patologías menores, lo que beneficia al paciente y al sistema sanitario, y que deben ser objeto de primordial atención por parte de los pediatras, para procurarles la mejor educación sanitaria posible, para el desempeño de una óptima AM responsable. (12)

Prato (2018 Venezuela) Automedicación en pacientes pediátricos con diarrea atendidos en la emergencia del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga 2018.

Resumen: La multicausalidad que influye en el uso inapropiado de medicamentos obliga a considerar cada uno de los factores que intervienen en dicha práctica, existiendo distintos escenarios donde se observa la automedicación. Así, en este sentido, al ser la diarrea una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad infantil alrededor del



mundo, y que para la prevención de sus consecuencias y tratamiento de la misma se cuenta con conductas implementadas por familiares y comunidades son fundamentales para lograr el manejo exitoso de la enfermedad. Objetivos: Caracterizar la automedicación en pacientes pediátricos atendidos en la emergencia del Hospital de Niños “Doctor Jorge Lizarraga”. Marzo - Mayo del año 2018. Metodología: La investigación realizada es no experimental, de tipo descriptivo y de diseño transversal. La población está compuesta por los pacientes que son atendidos en el área de emergencias y la muestra fue de tipo no probabilística deliberada, conformada por 63 pacientes. Resultados: De la muestra (63 pacientes), predominan preescolares (30,16%= 19 casos), seguidos de lactantes mayores (23,81%= 15 casos), siendo principalmente masculino (57,14%= 36 casos). El estrato socioeconómico más frecuente fue el IV (pobreza relativa) con un 52,38% (33 casos). Un 80,95% de las madres encuestadas (51 casos), afirmó que alguna vez le ha dado a su hijo(a) un medicamento sin receta médica. Se tiene que el Trimetoprim/Sulfametoxazol fue el más usado con un 57,14% (36 casos); seguido por el Metronidazol (31,75%= 20 casos) y en tercer lugar probióticos. Conclusiones: La automedicación en pediatría conlleva a una problemática con diferentes consecuencias en la salud de dichos pacientes, y en muchas oportunidades gastos innecesarios. Existe una alta frecuencia de automedicación en pacientes pediátricos que presentan diarrea, siendo motivadas en su mayoría por recomendaciones de familiares o conocidos. (13)

Sanchez (2017 Ecuador) Características clínicas y socio-demográficas de pacientes pediátricos automedicados en el servicio de emergencia del Hospital Moreno Vázquez, enero a junio del 2017. Resumen: La automedicación constituye un serio problema de salud que se ha ido incrementando en los últimos años, de ahí el interés de los especialistas en investigar acerca del mismo, en aras de prevenir esta práctica



nociva para la salud, teniendo en cuenta el aumento de pacientes que ingresan por esta causa. Objetivo General: Identificar las características clínicas y socio-demográficas de pacientes pediátricos que se auto-medican en el servicio de emergencia del Hospital Moreno Vázquez, enero a junio del 2017. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal cuantitativo. La muestra fue 365 pacientes pediátricos auto-medicados, que ingresaron a sala de emergencias del Hospital Moreno Vázquez, de enero a junio de 2017, seleccionados por muestreo aleatorio. Para el análisis, se empleó SPSS v19.0, utilizándose variables cuantitativas categorizadas, las que se mostraron a través de frecuencias y porcentajes. Resultados: Predominaron ligeramente los pacientes del sexo masculino, de 0 a 5 años, y mestizos, de madres de 20 a 35 años, casadas, empleadas públicas y nivel de instrucción de secundaria vencida, de zonas urbanas. Los medicamentos más empleados fueron los analgésicos y los antiinflamatorios. El motivo principal es la lejanía del Hospital, y el criterio de que la enfermedad a curar no es grave. Más del 45% no recurre a la entidad de salud ante la enfermedad y más del 60% no lee los prospectos por no tener claridad o ser muy complicados. Los síntomas más comunes por los que se auto-medican son infecciones respiratorias, la fiebre y gastrointestinales. La principal fuente de adquisición de los medicamentos es el obsequio de alguien afín (35,8%). Conclusiones: La automedicación en esta población es una conducta frecuente y obedece a múltiples causas sobre todo sociales (14).

2.2 BASES TEORICAS

❖ CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR AUTOMEDICACIÓN

La ingesta de medicamentos sin prescripción facultativa previa constituye una práctica frecuente en la población, en unas ocasiones por propia iniciativa, basada en prescripciones médicas anteriores, y en otras ocasiones aconsejada o inducida, con frecuencia por personas cuya experiencia tras la utilización de un determinado medicamento fue satisfactoria.

La edad pediátrica no está al margen de esta costumbre, y el niño es sometido con cierta frecuencia a tratamientos farmacológicos sin previa prescripción del pediatra, la mayoría de las veces en situaciones de urgencia, como medida previa a la posterior consulta, y en otras como una alternativa a tener que consultar, ante patologías que inicialmente parecen tener poca importancia.

Por lo general, el tratamiento es administrado a los niños por iniciativa de un adulto, casi siempre la madre, sin que el niño participe en ello voluntariamente. En otras ocasiones, considerablemente menos frecuentes, es el niño quién por propia iniciativa se autoadministra el medicamento, aunque estos casos se limitan casi exclusivamente a la época de la adolescencia, cuando la edad del niño le permite comenzar ya a decidir sobre sí mismo, tratándose en estos casos, por lo general, de fármacos que ha recibido en ocasiones anteriores para el mismo padecimiento (dismenorrea, traumatismos deportivos, estrés ante eventos académicos, etc.).

De la autoadministración de ciertos fármacos, cuando es incontrolada, pueden derivarse consecuencias importantes, pues si bien en algunas ocasiones la medicación recibida por el niño es adecuada, y supone en cierto modo un adelanto en el comienzo del tratamiento que posteriormente se le prescribirá, en otras ocasiones puede modificar o enmascarar la aparición de signos clínicos esenciales para el correcto diagnóstico, que



siempre debe preceder a la prescripción de un tratamiento, pudiendo en otras ocasiones ser incluso perjudicial, estar contraindicada o ser peligrosa, y por último hasta resultar en bastantes ocasiones, cuando menos, innecesaria.

No obstante, durante tiempo ha existido cierta controversia respecto a la automedicación, y su práctica se ha sometido a revisión, considerando sus beneficios y riesgos.

Actualmente cuenta con una aprobación casi universal, bajo el influjo de lo que se viene denominando el autocuidado, y como parte de él, la automedicación responsable, tolerándose por unos y hasta fomentándose por otros, como alternativa a la consulta médica, pero siempre que se den las condiciones previas de educación sanitaria, formativas, e informativas, que permitan saber distinguir entre aquellos cuadros en los que por su banalidad o repetitividad, el autocuidado es pertinente, de aquellos otros que presenten peculiaridades, inicialmente o en el curso de la evolución, que hagan dudar de su bondad y pronóstico favorable, o de que se trate de un mismo cuadro bien conocido por ser repetición de episodios anteriores.

En resumen, la automedicación constituye un hecho cotidiano y habitual en la mayoría de los hogares. La utilización por voluntad propia de medicamentos conocidos, o prescritos anteriormente por un médico, supone un acto sanitario que puede ocasionar beneficios, pero en ocasiones también perjuicios al paciente que los utiliza. Para conseguir los beneficios que puede reportar, y enseñar a los pacientes a utilizar correctamente los medicamentos, deben desarrollarse medidas informativas y educativas, cada vez que se prescriba un fármaco muy especialmente si es nuevo para el paciente, y si llegada la ocasión, tal vez podría tratarse de uno de los posiblemente autoadministrados (15).



❖ AUTOCUIDADOS

En el transcurso de la historia de la Humanidad, el autocuidado o tratamiento por el propio individuo de los signos y síntomas de enfermedad que él mismo padece, ha sido la forma más utilizada para el mantenimiento de la salud. La propia sociedad a la que pertenecía el individuo (familia, tribu, etc.) ha sido la fuente y la depositaria del conocimiento de las técnicas o remedios existentes en cada entorno cultural, que verbalmente era traspasado a las sucesivas generaciones; y cuando el propio autocuidado no era suficiente para restablecer la salud, se recurría al “experto” que todas las sociedades han tenido, quien acumulaba las habilidades y técnicas de sanar, y que unas veces con verdadero conocimiento y experiencia, y otras con más componente teúrgico que sabiduría, trataba de remediar lo que el propio individuo no había conseguido hacer por sí mismo (15).

Entre los médicos, durante mucho tiempo, se ha tenido el convencimiento de que todo lo que afectaba a la salud y a la enfermedad de las personas les pertenecía por completo, y por qué no decirlo, que eran los únicos, no ya oficial y legalmente facultados, sino también “capacitados” para poder curar. Lo normal era ordenar imperativamente al paciente lo que debía hacer si quería curarse (medicamentos, alimentos, prohibiciones, etc.) controlándose en todo momento las decisiones que afectaban a la salud y a la enfermedad de los pacientes. Este es un modelo de relación médico-paciente en el que la capacidad de autonomía y de decisión del propio enfermo es anulada, bajo la excusa de una supuesta incapacidad para opinar o tomar las decisiones que afecten a su propia salud y enfermedad.

Actualmente, y aun viviendo en un tiempo y en una sociedad con una atención sanitaria desarrollada, con medicamentos y técnicas quirúrgicas eficaces, que permiten la curación de la mayoría de los padecimientos, necesitamos comprender que el autocuidado



sigue siendo necesario, tanto para el manejo de enfermedades agudas no graves, pero muy frecuentes, como para la prevención (en forma de hábitos de vida saludables) de las enfermedades que hoy en día son la causa principal de enfermedad y muerte (problemas cardiovasculares y cáncer).

No obstante, este convencimiento no es generalizado entre la clase sanitaria, y muchos entienden todavía que tomar un medicamento por propia iniciativa para buscar el alivio de una enfermedad o de un síntoma, debe ser calificado de erróneo y peligroso para la salud del individuo. Y sin embargo mientras tanto, en la inmensa mayoría de los hogares, una gran parte de las enfermedades que aparecen en la vida de las personas, son manejadas, al menos inicialmente, con alguna de las técnicas o medicamentos que la propia familia conoce, o tiene a su alcance para aliviar dichos problemas (16).

En este contexto de controversia, discutida por unos sobre la conveniencia o no de permitir, y por otros hasta de recomendar al individuo que procure por sí mismo el alivio de su salud, surge el concepto y la teoría del autocuidado, bien arraigada en el seno de la enfermería.

Dorothea E. Orem describió en 1971 la que llamó Teoría General de Enfermería, que a su vez consta de otras tres teorías relacionadas entre sí: La del Autocuidado, la del Déficit de Autocuidado, y la Teoría de Sistemas de Enfermería. Define ya el autocuidado como "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar" (16).

Según Orem, el autocuidado es una acción que tiene un patrón y una secuencia, y cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos. La **teoría del autocuidado de Orem** asegura que todos los individuos necesitan satisfacer una serie de requisitos para mantener



la vida, la salud y el bienestar. En el modelo presentado por Orem se evalúa la capacidad de las personas para atender dichos requisitos (17).

Cavanagh por su parte, en 1993 entiende que “el autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar las actividades necesarias para vivir y sobrevivir” (18).

La estructura del proceso de autocuidado establece tres etapas o secuencias (18):

- La primera sería la investigación, formulación y expresión de los requerimientos regulatorios de la persona, los requisitos de autocuidado
- La segunda se centraría en la realización de juicios sobre el curso de acción que debe ser tomado para regular los requisitos de autocuidado y seguidamente tomar decisiones
- La tercera consistiría en llevar a cabo las acciones de autocuidado para producir la regulación de los requisitos.

La tendencia más extendida en medicina para clasificar los autocuidados, es considerarlos en el contexto de lo que se denomina los cuidados de salud, que en síntesis comprendería el conjunto de medidas a las que sucesivamente puede irse recurriendo para preservar o recuperar la salud. Según esta concepción, los cuidados de salud van desde los autocuidados puros (que serían los cuidados no profesionales) hasta los cuidados profesionales, pasando por una combinación de ambos. Entiende que la respuesta ante los autocuidados puede variar desde no hacer nada hasta la consulta directa con el médico (19).

Otras clasificaciones se hacen de acuerdo con distintos criterios, y así, la más empleada es la que ordena la utilización según el tratamiento que se le da a los episodios:

1. Autocuidados puros,
2. Cuidados médicos puros y



3. Cuidados mixtos (20).

Sobre esta línea clasificatoria algunos autores, en función del concepto de autocuidado que manejen, pueden dividir el tratamiento de los episodios en múltiples apartados (21):

1. Ausencia de tratamiento (aparece el síntoma, pero no se hace nada en relación con el mismo)
2. Autocuidados puros (tomar medicinas que haya en el hogar, permanecer en cama, restringir actividades, etc.)
3. Cuidados médicos puros
4. Autocuidados y cuidados médicos.

Dean, destaca aspectos relativos a los autocuidados como puede ser la puesta en práctica de la automedicación (22):

1. Autocuidados sin medicación
2. Automedicación
3. Visita al médico
4. No hacer nada.

Stoller, en un intento de pormenorizar, pero tal vez complicando más el tema, al multiplicar aún más las clasificaciones, y sin criterio clasificatorio, emplea 14 categorías de tratamiento del episodio (23):

1. No hacer nada
2. Rezar
3. Automedicación (utilizar medicinas no prescritas por el médico)
4. Remedios dietéticos caseros
5. Otros remedios caseros
6. Usar medicinas prescritas por el médico



7. Medicinas prescritas por el médico para otro uso
8. Ir a ver a su médico
9. Ir a consultar a otro médico
10. Permanecer en cama
11. Disminuir las actividades habituales
12. Leer a cerca del síntoma o episodio en cuestión
13. Cambios de conducta
14. Actividades de ocio

Otros autores prefieren simplificar los términos y medir exclusivamente si consultan o no con el médico por un determinado episodio o síntoma (24,25).

Bentzen, da una interpretación economicista de los autocuidados, y dentro del análisis, describe “la aproximación episódica”, cuya unidad de medida sería el episodio sintomático. En este encuadre, los autocuidados formarían parte de la utilización, mientras que la medida tradicional de la utilización, la intensidad de uso, no exploraría los autocuidados.

Rogers, con un criterio similar (26), presenta los autocuidados como un camino del manejo de la demanda, y enfatiza que los cuidados informales son una alternativa o suplemento de los cuidados formales, pudiendo ayudar a la disminución del uso de servicios profesionales, y advierte de cómo la información sobre prevención, síntomas, diagnóstico, y acceso a servicios, serían importantes para mejorar la utilización (27).

❖ AUTOMEDICACIÓN VERSUS AUTOPRESCRIPCIÓN

La concepción más elemental de automedicación es considerarla como aquella situación en la que los pacientes consiguen y utilizan los medicamentos sin ninguna



intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción, ni en la supervisión del tratamiento) (28,29).

El concepto de automedicación ha variado en el tiempo, según se haya considerado el autoconsumo sólo de los medicamentos de uso "sin receta", o se hayan incluido también los medicamentos "de prescripción con receta" (recomendados por otras personas o que el paciente recuerde de tratamientos anteriores) e incluso los "remedios caseros" (plantas medicinales, infusiones, etc) siendo este concepto más amplio, el más aceptado clásicamente (30).

Así, la definición más clásica de automedicación es la que la considera como “el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico”. El paciente ha aprendido su decisión en un ámbito más o menos próximo: familia, amigos o vecinos, farmacéutico, la reutilización de la receta de un médico, o la sugerencia de un anuncio (31).

Pero quizás el concepto concebido hace ya algún tiempo, pero que conserva más arraigo en la actualidad, sea un concepto más meditado y acorde con la realidad, es el que entiende a la automedicación como “la voluntad y la capacidad de las personas para participar de manera inteligente y autónoma en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen” (32).

La automedicación constituye pues una decisión del propio paciente (en ocasiones aconsejado por amigos, familiares, u otro tipo de informaciones) tomada en función de la gravedad de la enfermedad, y favorecida por factores como la dificultad de acceso a la asistencia sanitaria, el miedo a conocer la propia enfermedad, la tendencia a evitar la relación con el médico, o el escepticismo sobre la eficacia del sistema sanitario (33,34) aunque actualmente el papel del médico en la automedicación se considera primordial (35).



Durante cierto tiempo ha habido controversia entre la conveniencia o no de permitir e incluso aconsejar la automedicación, considerándose por unos como una actuación responsable, como una forma de autocuidado, y por otros como irresponsable, al tratarse de una autoprescripción de medicamentos. Actualmente, y tomado como criterio diferenciador el tipo de medicamentos utilizados, el tema parece estar bastante bien definido.

Siguiendo los criterios de la Asociación Médica Mundial (AMM), expresados en su declaración de 2002 sobre automedicación (36) la diferencia entre automedicación responsable (la conocida propiamente como automedicación) y la irresponsable (que se corresponde con la conocida también como autoprescripción) es bastante simple: La automedicación responsable consiste en consumir especialidades farmacéuticas publicitarias (las que no necesitan receta)

Para el tratamiento de patologías leves (en el contexto y dándose las condiciones que se requieren para un correcto "autocuidado de la salud") mientras que la "automedicación irresponsable" (autoprescripción) consiste en consumir medicamentos de prescripción (los que necesitan receta) sin control médico.

En unos años, el cambio en la consideración de la automedicación ha sido trascendental. De la concepción de la automedicación como una de las formas de uso irracional de los medicamentos, que se ha tenido por algunos autores durante mucho tiempo, al considerar que comporta riesgos e inconvenientes (37, 38), desde hace algunos años se ha pasado a considerar, que cumplidos los necesarios condicionantes, forma parte de los autocuidados sanitarios con los aspectos positivos que conllevan, ya que constituyen una forma de responsabilidad individual hacia la salud, con la elección libre del paciente basada en sus propios conocimientos (37, 39).



Entendido así los autocuidados, entre otras ventajas, podrían disminuir la utilización sanitaria por dolencias menores, evitando la saturación de servicios médicos y reduciendo visitas y costes al sistema sanitario (37, 38, 40).

Según distintos estudios en Europa y Estados Unidos, se estima que más del 50% de las enfermedades son inicialmente tratadas con automedicación (41,42). Estudios realizados en España situaron la prevalencia de automedicación entre el 40% y el 75% (43).

Los medicamentos más utilizados en la automedicación son aquellos para enfermedades, dolencias, o síntomas considerados por el propio paciente como no graves o que no requieren consulta médica (41). En la edad pediátrica se utilizan sobre todo medicamentos para la fiebre, los catarros, la tos y pomadas tópicas para magulladuras o heridas (37, 41, 43, 44).

❖ **DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA AUTOMEDICACIÓN**

La Asociación Médica Mundial elaboró en 2002 una declaración para orientar a los médicos y a sus pacientes sobre la automedicación responsable. A continuación, se reproducen sus directrices (45), con una cierta perspectiva personal.

❖ **PAPELES Y RESPONSABILIDADES EN LA AUTOMEDICACIÓN**

En la automedicación, la persona es responsable principalmente del uso de productos de automedicación. Se debe tener especial cuidado cuando los grupos vulnerables, como niños, ancianos, o mujeres embarazadas se automedican.

Si una persona opta por la automedicación debe ser capaz de:

- a. Reconocer los síntomas que trata



- b. Determinar que está en condiciones apropiadas para la automedicación
- c. Elegir un producto de automedicación adecuado
- d. Seguir las instrucciones para el uso del producto descritas en su etiqueta.

A fin de limitar los riesgos potenciales que implica la automedicación, es importante que todos los profesionales de la salud que atienden pacientes deban proporcionar:

- a. Educación sobre los medicamentos sin prescripción y su uso apropiado, e instrucciones para obtener consejos de un médico si no están seguros. Esto es muy importante en los casos en que la automedicación no es apropiada debido a ciertas condiciones que pueda presentar el paciente
- b. Incentivos para leer cuidadosamente la etiqueta del producto y las instrucciones (si están disponibles) para obtener consejos si es necesario, y reconocer las circunstancias cuando la automedicación no es, o ya no es, apropiada.
- c. Todas las partes interesadas deben tener consciencia de los beneficios y riesgos de todo producto de automedicación, y deben comunicarlos de manera justa y racional, sin destacar demasiado los unos ni los otros.
- d. Los fabricantes en particular, están obligados a seguir los distintos códigos o regulaciones que ya existen a fin de asegurar que la información entregada a los consumidores es apropiada en estilo y contenido. Esto se refiere en especial al etiquetado, a la publicidad, y a todas las advertencias de los medicamentos sin prescripción.
- e. El farmacéutico tiene la responsabilidad profesional de recomendar, cuando sea apropiado, la obtención de una opinión médica.



❖ PAPEL DE LOS GOBIERNOS EN LA AUTOMEDICACIÓN

Los Gobiernos deben reconocer y reforzar la distinción que existe entre los medicamentos con prescripción y los sin prescripción, y asegurarse que las personas que utilizan la automedicación estén bien informadas y protegidas de los posibles peligros o efectos negativos a largo plazo.

❖ LA PROMOCIÓN PÚBLICA Y COMERCIALIZACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE AUTOMEDICACIÓN

La publicidad y la comercialización de los medicamentos sin prescripción deben ser responsable, entregar información clara y precisa, y mostrar un equilibrio justo entre los beneficios y riesgos. La promoción y la comercialización no deben estimular la automedicación irresponsable, compra de medicamentos que no son apropiados, o compras de cantidades de medicamentos más importantes de las necesarias (46).

Se debe instar a las personas a considerar los medicamentos (con o sin prescripción) como productos especiales, y a seguir las precauciones normales para guardarlos y utilizarlos cuidadosamente, conforme a las instrucciones profesionales.

❖ BENEFICIOS DE LA AUTOMEDICACIÓN

La solución o el alivio de multitud de molestias y pequeños problemas de salud que se presentan a menudo, se puede realizar desde la propia autonomía de un individuo o una familia, bien informada en el uso de técnicas y de medicamentos útiles y seguros para esta misión. Esta forma independiente de tomar medicamentos, es absolutamente complementaria (y no contrapuesta) a la labor profesional de los médicos.



La solución en el ámbito doméstico o laboral evitará la necesidad de desplazamientos, esperas u otros inconvenientes de la asistencia sanitaria, en muchos casos sobreesaturada. El éxito en el alivio de estas enfermedades reforzará la autonomía de los individuos, y dará en la familia un valor añadido al cuidador. Esta independencia es un acto de autoafirmación, hecho que buscamos en todos los órdenes de la vida (47,48).

En resumen, desde hace algunos años, se atribuye a la automedicación ciertos aspectos positivos ya que, como parte de los autocuidados sanitarios, constituye una forma de responsabilidad individual sobre la propia salud, por la que el paciente elige libremente un tratamiento a partir de sus propios conocimientos (48).

Las repercusiones positivas de la automedicación podrían concretarse en los siguientes grandes apartados:

- a. Descarga del sistema sanitario: Que algunos autores concretan desde su punto de vista en los siguientes hechos:
 - Menor demanda de asistencia sanitaria por dolencias menores que no la requieren, lo que puede ser especialmente importante cuando los recursos son limitados (49).
 - Evitar la sobreesaturación de los servicios médicos (50).
 - Reducir el tiempo de las visitas médicas y de los costos del sistema sanitario (51,52).
 - Procurar rapidez, fácil disponibilidad y accesibilidad al tratamiento medicamentoso (53, 54, 55).
- b. Aumenta la responsabilidad del propio paciente sobre su salud, así como la de sus familiares y otros miembros de su entorno, potenciando la figura del cuidador (55).



- c. Mantiene la independencia y capacidad funcional del paciente, pudiendo continuar sus actividades diarias, sin necesidad de supeditarlas a la necesidad de acudir a los servicios sanitarios (56).
- d. Evita la utilización de otras alternativas, tal vez menos fiables o peligrosas (acudir a curanderos, utilización de preparados tradicionales o populares no contrastados) (56).
- e. Facilita el acceso a las especialidades publicitarias, posibilitando un inicio más precoz del tratamiento (56).

Debe destacarse que la automedicación no sólo procurará beneficios individuales, sino que los beneficios sociales y sanitarios merecen también ser resaltados. En nuestro país, la asistencia sanitaria, realizada para la mayoría de la población por el Sistema Nacional de Salud, presenta un buen número de virtudes (cualificación técnica de sus profesionales, gratuidad, accesibilidad para toda la población sin limitaciones, etc.) pero también defectos que provocan insatisfacción en los usuarios (listas de espera, masificación, gasto de tiempo).

La posibilidad de autocuidado y automedicación de las enfermedades más comunes, constituye una forma de desahogo para el sistema sanitario: Si no es necesario consultar al médico para todos los males que nos ocurren, se podrá dedicar mayor tiempo y esfuerzo al estudio, tratamiento y prevención de las enfermedades más graves, que requieren la intervención médica cualificada. El beneficio de esa actitud es global. Los recursos sanitarios profesionales y económicos deben ser utilizados para conseguir el máximo provecho social e individual (57).

La identificación de atención a la salud con atención médica es un error conceptual. La atención sanitaria debe entenderse como una prolongación del autocuidado que va desde la auto-observación, la percepción e identificación de los



síntomas, la valoración de su severidad, y la elección de una opción de tratamiento o la petición de ayuda profesional (58).

Nuestra sociedad está muy medicalizada, con una gran dependencia de los profesionales, hecho contrastado en la mayoría de las consultas de atención primaria, donde un gran número de consultas son motivadas por patología susceptible de ser controlada con un correcto autocuidado y su oportuna automedicación (59).

❖ **RIESGOS RELACIONADOS CON LA AUTOMEDICACIÓN**

Aunque en la actualidad ha cambiado considerablemente la concepción de la automedicación, la conocida como “responsable” y como una actuación más en el contexto de los autocuidados, no ha sido siempre así, es más, hasta no hace mucho tiempo a la automedicación se le ha considerado como una de las formas de uso irracional de los medicamentos, al constituir una terapéutica no controlada (59), que no permite un seguimiento del tratamiento de los pacientes (60), y que puede conllevar numerosos riesgos. Concretando, entre las repercusiones negativas de la automedicación se pueden considerar (61):

- a. La elección errónea del medicamento y/o la posología incorrecta:** La respuesta al tratamiento y la eficacia en el alivio de las manifestaciones clínicas va a estar condicionada por que se haya hecho una previa interpretación correcta de los síntomas, se haya elegido el medicamento adecuado, y la pauta de administración esté siendo la correcta en cuanto a dosis, posología, etc. Pudiera ocurrir que errores en este aspecto puedan incluso enmascarar y hasta agravar el cuadro. Pudiendo incluirse aquí como una consecuencia tardía, el retraso en la asistencia médica apropiada, en los casos en que esta sea finalmente necesaria (62,63).



b. Dificultad para la valoración médica: El consumo de medicamentos previo a la consulta, cuando finalmente sea necesario realizarla, puede alterar el curso natural de la enfermedad, modificando o haciendo desaparecer síntomas, lo cual puede dificultar el diagnóstico (v.g. la modificación de la exploración de un abdomen agudo por la toma de un analgésico).

c. Problemas de iatrogenia e interacciones: El uso inadecuado de un medicamento puede dar lugar a problemas importantes de iatrogenia. Del mismo modo que el empleo simultáneo de varios medicamentos, sin conocer sus potenciales interacciones, puede ocasionar la pérdida de eficacia o el aumento de la toxicidad o de efectos adversos de los mismos.

Pueden incluirse aquí, junto a la elección incorrecta, la información errónea, insuficiente o no comprensible que el paciente tenga de los medicamentos y sus características (63, 65,66, 67).

Deben tenerse muy en cuenta también, al considerar los problemas de iatrogenia, que la utilización de asociaciones inadecuadas, podrían ser especialmente peligrosas en determinados pacientes, como ancianos, embarazadas, niños, o en ciertos grupos de riesgo (68, 69,70).

d. Riesgo de abuso y dependencia: El uso mantenido de algunos fármacos (v.g. ansiolíticos, hipnóticos) con autoajustes de la dosificación y de la duración, puede ocasionar problemas de dependencia, que requieren un abordaje complejo para su solución.

Lo mismo podría decirse del efecto rebote por la suspensión brusca de algunos de ellos, en los que es conveniente una pauta decreciente de administración antes de ser suspendidos.



Y no es menos importante, aunque afortunadamente menos frecuente, los problemas descritos en la bibliografía, de abuso de distintos fármacos, iniciados como automedicación, como por ejemplo ha ocurrido con el dextrometorfano en adolescentes (71).

- e. **Aumento de resistencias:** El uso indiscriminado de antibióticos, tanto por parte de los profesionales como por parte de los pacientes a través de la automedicación, es una de las causas más frecuente de las elevadas tasas de resistencias encontradas para los antibióticos de uso más común.

No obstante, en este caso se estaría hablando de una automedicación irresponsable (autoprescripción) puesto que los antibióticos son medicamentos de prescripción, de los que precisan receta. Lo más frecuente es que se utilicen aprovechando restos de tratamientos anteriores (72) pues, aunque no hace tanto tiempo, tampoco era imposible en nuestro medio adquirirlos sin receta, actualmente es bastante infrecuente, pues se estaría rebasando el límite de la legalidad, y más aún, de la ética profesional.

- f. **Aumento de los costes sanitarios en algunos casos:** Si bien entre los efectos beneficiosos de la automedicación se ha destacado el ahorro de costes sanitarios, entre otras razones porque se utilizan medicamentos publicitarios, costeados íntegramente por los pacientes, y no sufragados parcialmente por la administración, no es menos cierto, que debido a varios de los aspectos comentados, como la indicación inadecuada, que hará necesario un cambio de tratamiento, y sobre todo la necesidad de exámenes complementarios, por las dificultades diagnósticas al haberse modificado la clínica, van a condicionar que en bastantes ocasiones los costes se vean aumentados.



Hay que ser conscientes de que, si bien los medicamentos han contribuido decisivamente a la mejora de la esperanza, y al aumento de la calidad de vida, en ocasiones plantean problemas de efectividad y de seguridad, que han de ser conocidos por los profesionales. En ningún caso debe practicarse la autoprescripción, es decir, automedicarse con medicamentos que deban adquirirse con receta, ya que puede ser perjudicial para la salud, puesto que estos medicamentos no tienen la que podría llamarse “garantía de inocuidad comprobada”, de la que hasta cierto punto deben gozar los medicamentos publicitarios. A este respecto hay movimientos del propio colectivo farmacéutico, con buenos resultados (74) dirigidos a que se cumpla lo que está dispuesto por la legislación (74).

La exigencia de la receta médica es imprescindible para los medicamentos que así lo requieran (75). Es importante que los prospectos de los medicamentos sean inteligibles a los ciudadanos, lo que ayudará a la consecución de la necesaria adherencia al tratamiento, para que pueda alcanzarse el éxito terapéutico previsto por el médico, con la imprescindible cooperación del farmacéutico.

Los medicamentos disponibles para la automedicación en nuestro país, son los conocidos como medicamentos publicitarios, antes identificados aquí con las siglas EFP (Especialidades Farmacéuticas Publicitarias) y en inglés OTC (over the counter) medicamentos de venta libre. Constituyen una parte, no la más importante como podría pensarse, de los medicamentos consumidos con este fin.

La automedicación con fármacos que precisan receta médica es muy habitual, ya sea por reutilización tras una prescripción previa, ya sea, con menor frecuencia actualmente, adquirida directamente en la oficina de farmacia.



Esta realidad española provoca múltiples errores de utilización, que suponen el área de trabajo prioritaria para modificar y reconducir hacia una automedicación responsable y positiva (76).

❖ FACTORES CONDICIONANTES EN LA AUTOMEDICACIÓN

Atendiendo a su definición más básica, podría pensarse a primera vista que la automedicación es un proceso bastante simple, en el que están implicados el paciente, y su propia decisión de automedicarse, y el medicamento elegido. Es cierto que estos factores son los más inmediatos, y si se apura, hasta “los actores más populares”, pero en absoluto los únicos, y probablemente con frecuencia, ni los más importantes.

Es cierto que la automedicación se basa en la propia decisión del paciente, pero dicha iniciativa está modulada por diversos factores, relacionados principalmente con el propio paciente, pero también con el proceso, con el entorno social, con los farmacéuticos y con los demás profesionales sanitarios (77).

a. Factores relacionados con el paciente

No parece que exista una asociación demostrable de la automedicación con la edad, al menos en los adultos, pero sí se ha evidenciado cierta asociación con el género, siendo mayor su utilización en mujeres adultas.

Por el contrario, si parece existir cierta relación directamente proporcional con un mayor nivel cultural, mayor nivel de autoestima, mayor preocupación y mayor deseo de responsabilizarse por la propia salud.

Por otra parte, las experiencias previas (entendiéndolas positivas) suponen un componente fundamental en la toma de decisiones sobre automedicación.

b. Factores relacionados con el entorno



Es bien conocida la influencia de la "cultura sanitaria" propia de la sociedad a la que pertenece el individuo, entendiéndola como la forma en que dicha sociedad valora el proceso padecido.

Por otra parte, la familia supone el primer nivel de cuidado, y donde la mujer (esposa, madre o hija) tiende a ser la principal fuente de cuidados y por tanto la responsable de iniciar o indicar la automedicación.

Por último, y no menos importante, hay que mencionar el papel de los medios de comunicación, como principales transmisores de información a la población, la industria farmacéutica con sus campañas de promoción, etc.

c. Factores relacionados con el proceso

Existen mayores tasas de automedicación en procesos crónicos que en agudos (la experiencia previa) ante los denominados síntomas menores frente a procesos severos (confianza en la benignidad del cuadro) y cuando existe una sintomatología claramente definida (la seguridad del "autodiagnóstico").

d. Factores relacionados con los farmacéuticos

Parte de la población, considera a los farmacéuticos como una fuente importante y viable respecto al consumo de medicamentos, aceptando generalmente su consejo.

Además, y pese a la limitación legal existente, es también conocida la existencia de cierta permisividad a la hora de suministrar medicamentos sin la correspondiente prescripción.

e. Factores relacionados con los profesionales sanitarios

Las barreras en el acceso al profesional sanitario, pueden suponer obviamente un importante factor que favorezca la automedicación. No obstante, no parece que, con nuestro actual sistema de atención sanitaria, este factor tenga una relevante importancia al respecto en nuestro medio.



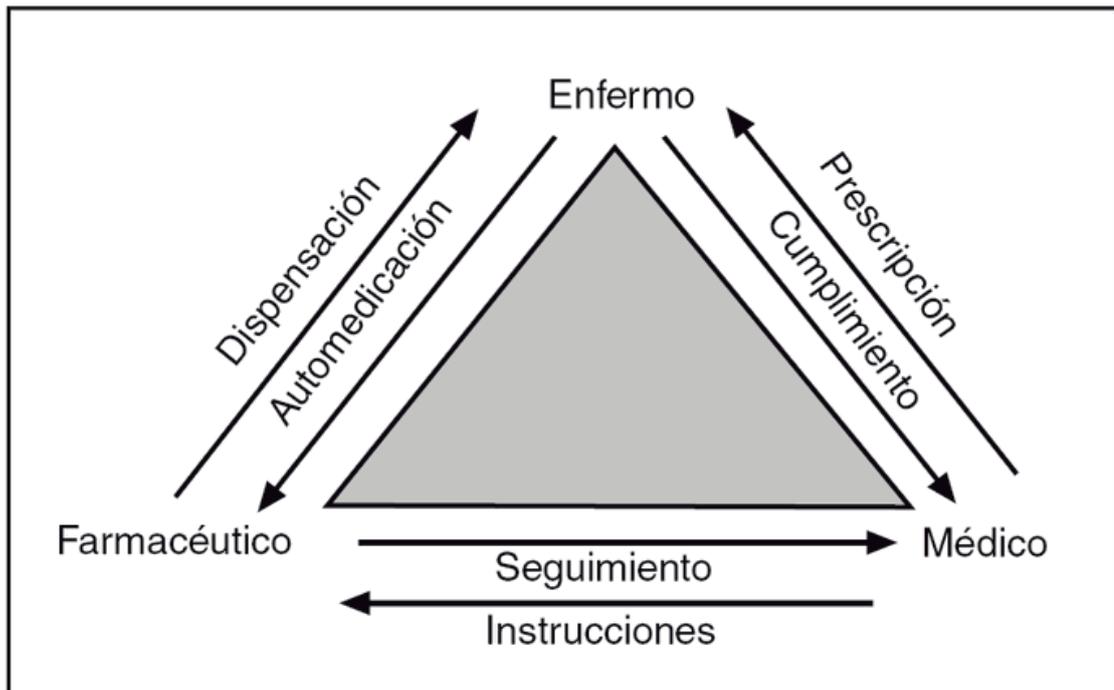
El paciente tiende a imitar la conducta terapéutica observada en su médico, y por ello tiende a repetir el tratamiento prescrito en algún episodio previo, ante la aparición de otro que por su sintomatología considera similar.

Es importante destacar también la influencia que, sobre la automedicación, pueden tener los profesionales sanitarios que realizan la asistencia, debiendo aprovecharse la información transmitida a la población, y estableciendo claramente los límites que pueda tener la accesibilidad a los distintos medicamentos, para promocionar la mejor educación sanitaria, buscando optimizar las actuaciones de automedicación que puedan emprender los pacientes con posterioridad.

❖ **EL “TRIÁNGULO DEL FACTOR HUMANO” EN LA AUTOMEDICACIÓN**

Es difícil explicar con exactitud la cadena de acontecimientos que llevan a un paciente a automedicarse. La posible participación de diferentes factores, el origen multifactorial de la automedicación, es la principal razón que lo justifica. No obstante, se puede realizar una aproximación a través del denominado, por algunos autores, el triángulo del factor humano. (74)

Figura 1: Triángulo del factor humano



El paciente acude al médico cuando tiene algún padecimiento, y éste realiza un diagnóstico y una prescripción con una posología concreta, pero cuando el paciente considera que ya se ha solucionado el problema, suspende dicho tratamiento (incumplimiento terapéutico) quedando unos restos que son almacenados para su utilización en caso de nueva necesidad (almacenamiento de medicamentos, “botiquín familiar o doméstico”).

Ante un nuevo proceso que el paciente considera similar al anterior, inicia de nuevo el tratamiento por propia iniciativa (automedicación) precisando acudir a la oficina de farmacia para obtener medicación adicional. Si el farmacéutico entrega la medicación sin la correspondiente receta, el paciente tiende a acudir a su médico para que éste le entregue la prescripción, y de este modo ahorrarse una parte del importe (prescripción inducida). Si el médico entrega la prescripción solicitada se estará cerrando el circuito, ya que podrá existir un nuevo caso de prescripción-incumplimiento-almacenamiento-automedicación (77).



❖ EDUCACIÓN SANITARIA Y AUTOMEDICACIÓN

Considerando la automedicación como una decisión personal del paciente que la decide, y en el caso del niño, de la persona que decide administrársela, pero influenciada por múltiples factores, algunos de ellos ajenos, pero otros muchos dependientes del mismo paciente, parece que el mejor conocimiento de la automedicación, de sus beneficios y riesgos, y de las normas que marcan los límites que no deben traspasarse, es fundamental para conseguir una práctica responsable de la misma, procurando los mayores beneficios, y obviando al máximo los riesgos.

En definitiva, lo que se está planteando es que contar con una buena formación en el conocimiento de lo relacionado con la salud, y que una buena actitud y la mejor aptitud personal para enfrentarse a las decisiones que deban tomarse, son la base del éxito de la automedicación, en cuanto a los factores dependientes del propio paciente, y esto se logra con el aprendizaje de qué debe y qué no debe hacerse, en definitiva, con unas buenas normas de educación sanitaria.

Como medidas principales a promocionar, dirigidas a lograr la mejor práctica de la automedicación pueden citarse: La educación sanitaria sobre la automedicación, el uso racional de medicamentos en la práctica clínica diaria, y la actitud de firmeza de los médicos y de los farmacéuticos frente a la demanda de medicamentos (74).

a. Informar y enseñar a automedicarse

Los profesionales deberían centrar sus esfuerzos en que la población conozca los cuadros y/o síntomas que pueden beneficiarse de la automedicación, y con qué fármacos puede realizarse.

Debe enseñarse a los pacientes que la automedicación, como una parte de los autocuidados, no es una manera de proceder por sí misma negativa, si se realiza de una forma correcta, y así, la OMS establece que la automedicación puede ser adecuada para



tratar síntomas de naturaleza auto limitada, y que por sus características sean fácilmente diagnosticables (78).

La AMM define los medicamentos de venta libre o medicamentos OTC (over the counter) que en principio son los indicados para la automedicación, como aquellos fármacos fiables en términos de eficacia y seguridad, con rango terapéutico conocido y amplio, y con respuesta terapéutica rápida y consistente (79).

b. Informar sobre los riesgos y/o perjuicios que puede ocasionar la automedicación irresponsable

De forma paralela a enseñar a los pacientes a realizar una correcta automedicación, es preciso que también tomen conciencia de los peligros de realizarla de forma inadecuada (irresponsable). Esta labor debe realizarse en las consultas médicas y de enfermería, pero también deberían tener un papel activo las Oficinas de Farmacia y las Instituciones Sanitarias, como las campañas promovidas anualmente con distintos referentes y objetivos

c. Uso racional del medicamento en la consulta diaria

Es importante que en la consulta las recomendaciones que se den sobre la medicación prescrita que pueda ser objeto de automedicación en el futuro, los efectos que se esperan de ella, la dosis, pauta, etc. sean claros y precisos, pues con bastante probabilidad puede que el paciente vuelva a repetirla como automedicación responsable en un nuevo cuadro similar.

De igual forma, si la medicación que se indica es de prescripción (con receta obligatoria) debe dejarse también muy claro que se prescribe para esta ocasión, porque el diagnóstico realizado tras la exploración así lo requiere, pero que de ninguna manera debe tomarse como automedicación en otra ocasión, sin consultar previamente con el médico,

aunque pudiera parecer que el nuevo cuadro sea igual a aquel para el que se prescribió anteriormente.

❖ **MEDICAMENTOS MÁS UTILIZADOS EN LA AUTOMEDICACIÓN**

La automedicación no es sólo una opción practicada en el alivio de enfermedades, dolencias o síntomas que el propio paciente considera como no graves, o que no requieren consulta médica, sino que también se ejercita como tratamiento adicional o de urgencia en enfermedades crónicas o graves previamente diagnosticadas (cáncer, bronquitis, diabetes, asma, etc) y también como medida preventiva de ciertos males o molestias previsibles (cinetosis, flatulencia por ciertos alimentos, etc).

Los medicamentos utilizados con más frecuencia en el contexto de la automedicación responsable son en general coincidentes entre los distintos países (78, 79, 81, 82), aunque presentan variaciones según los grupos de edad:

- En niños se usan sobre todo antitérmicos, medicamentos para el resfriado y la tos, y pomadas tópicas para magulladuras o heridas.
- En los adultos (menores de 55 años) además de los anteriores, son frecuentes los suplementos vitamínicos y minerales, analgésicos y medicamentos para el acné, problemas dentales u otorrinolaringológicos.
- En los mayores de 55 años, se utilizan sobre todo analgésicos-antiinflamatorios, pomadas tópicas, medicamentos gastrointestinales (incluidos laxantes) ansiolíticos e hipnóticos (78,79).

Si se amplía el contexto al tratamiento con fármacos que precisan de prescripción médica previa (la llamada automedicación irresponsable o autoprescripción) el capítulo más preocupante lo constituye el empleo de los antibióticos, por el amplio uso que se

hace de los mismos de forma rutinaria para tratar cuadros banales (diarreas, resfriados, etc.) y por las consecuencias negativas que su uso indiscriminado puede tener.

❖ LUGARES Y SITUACIONES QUE MOTIVAN LA AUTOMEDICACION

La consideración de que la solución del problema de la automedicación a los antibióticos en el Tercer Mundo se centra en la conducta del consumidor, porque siempre se podrán conseguir medicamentos por medio de la informalidad. De la misma forma se detalla que las expectativas de tienen los pacientes como la influencia de la propaganda o publicidad influyen en las prescripciones por parte de los médicos exageradas o innecesarias (83). De igual modo, los usuarios se someten a las decisiones del personal que labora en las farmacias y lugares similares a quienes atribuyen equivocadamente una supuesta capacidad inexistente, por el solo hecho de que trabajan en el campo de los medicamentos y no conocen la realidad. Sin embargo, también es cierto, que la automedicación sucede cuando el paciente usa medicamentos que le han sobrado de tratamientos no terminados en el tiempo oportuno por él mismo o ya sea por terceras personas (84).

Por último, la automedicación, que incluye antibióticos, pueden adquirirse por medio de canales informales afines a fin de evitar los gastos que significaría la consulta médica para obtener la prescripción debida y comprarlas (83,85).

❖ LOS ANTIBIOTICOS Y EL USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS

Según la RAE, los antibióticos se definen como “la sustancia química producida por un ser vivo o fabricada por síntesis, capaz de paralizar el desarrollo de ciertos micro organismos patógenos, por su acción bacteriostática o de causar la muerte de ellos por su acción bactericida” (86).



Los antibióticos han sido considerados a lo largo de las últimas décadas, como los compuestos producidos de forma natural por microorganismos o derivados semisintéticos de estos mismos, con actividad inhibitoria o bactericida específica frente a las bacterias. Hoy en día, se utiliza con frecuencia el término antibiótico en un sentido mucho más amplio, incluyéndose también a algunos antimicrobianos sintéticos con esta actividad (87).

Los antibióticos ocupan el segundo lugar en la lista de los medicamentos más usados en la mayoría de los países europeos después de los analgésicos que van a la cabeza. A su vez, se utilizan en el tratamiento de enfermedades respiratorias.

En países de Europa, su uso tiene carácter estacional, siendo más frecuente su adquisición entre los meses de noviembre y febrero, coincidiendo con el periodo de máxima prevalencia de las infecciones respiratorias en este continente, la mayoría de ellas virales. Si bien los niños pequeños son los mayores receptores de antibióticos en la Unión Europea, actualmente se dispone de muy pocos datos de vigilancia de tal consumo y de la resistencia en esta parte del mundo (88).

❖ LA RESISTENCIA BACTERIANA EN LA ACTUALIDAD

El descubrimiento de la penicilina, que fue el primer compuesto natural con actividad antibacteriana utilizado, supuso un hito en la historia de la Medicina y un antes y un después en el tratamiento diversas enfermedades infecciosas. La industria farmacéutica iniciaba una carrera para la obtención de nuevas moléculas de antibióticos a partir de diferentes microorganismos, preferentemente del suelo, o derivados semisintéticos.

Se descubrieron además una gran variedad de estos compuestos pertenecientes a muy diversas familias (betalactámicos, aminoglucósidos, tetraciclinas, macrólidos, etc.).



Tendríamos que decir que fue la era dorada para estos fármacos y se creía que la guerra contra las enfermedades infecciosas estaba prácticamente ganada ya ganada (89).

Durante las décadas consecuentes al descubrimiento de la penicilina, se desarrollaron nuevas familias de antibióticos, fue muy rápido, pero este ritmo se ha detenido, y en las últimas décadas muy pocas moléculas con actividades nuevas, o nuevas familias de antibióticos, se han incorporado al arsenal terapéutico.

Esto supone un importante problema, sobre todo teniendo en cuenta el incremento alarmante en la resistencia a estos fármacos, que dificulta enormemente el tratamiento de muchas infecciones bacterianas que antes eran de más fácil control. El consumo de los antibióticos constituye un factor importante en la emergencia de resistencias a los mismos (90).

❖ RESISTENCIA A LOS ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA

En los últimos tiempos la resistencia a los antibióticos se ha convertido en un problema clínico, microbiológico, epidemiológico e indiscutiblemente en uno de salud pública.

Bastantes estudios sugieren que el principal determinante del aumento y la diseminación de la resistencia, es la mala utilización y el abuso de los antibióticos. La era dorada de los antibióticos, en la que continuamente aparecían nuevas familias de estos, como ya se ha mencionado, se ha dado por finalizada hace buen tiempo. Cada vez hay menos antibióticos eficaces disponibles y más resistencias bacterianas hacia ellos.

No cabe duda de que la resistencia a antibióticos es un problema particularmente de gran importancia en pediatría, debido a que en los primeros años de vida se concentra la gran mayoría de infecciones respiratorias víricas y bacterianas, además porque algunos de los patógenos que causan infecciones pediátricas como son neumococo, H. influenzae



y *S. pyogenes* presentan tasas bien elevadas de resistencia a las más importantes familias de antibióticos como son los betalactámicos y macrólidos y, además porque en los cinco primeros años de la vida se produce la mayor exposición a antibióticos de toda la población en general.

El mayor consumo de antibióticos se produce en la comunidad y dentro de esta el 85% se destina a tratar procesos respiratorios (91).

Sin embargo, la mayor parte de los procesos respiratorios observados en pacientes comunitarios son de origen viral, especialmente en la población pediátrica de menos de 5 años de edad. El tratar un proceso viral con un antibiótico de amplio espectro por vía oral carece de utilidad, porque se somete al paciente a unos riesgos de alergias y toxicidad innecesarios, además de ello el impacto ecológico sobre la flora respiratoria e intestinal es bastante considerable ya que el antibiótico administrado eliminará las bacterias sensibles y permitirá el crecimiento, desarrollo, proliferación y la colonización de las bacterias resistentes (92).

Diversos estudios muestran que los niños de hasta 5 años de edad son el grupo de la población más expuesta al uso de antibióticos. Así, en un estudio realizado en Italia, halló que el 52,9% de los niños entre 1 y 14 años de edad había recibido al menos un antibiótico en tan un solo año; este gran porcentaje disminuyó con la edad ya que se mostró que el 70,4% de los niños entre 1 y 2 años de edad recibió un antibiótico en contraste con el 35,8% en los que tenían más de 10 años (94).

❖ LEY GENERAL DE SALUD, ARTÍCULO 26

En el Perú según la Ley General de Salud, en el artículo Nro. 26, Decreto Supremo No. 021-2001-SA, se menciona: solamente los médicos pueden prescribir los



medicamentos. Mientras que los cirujanos dentistas y las obstetras solo pueden hacerlo dentro del área de su profesión y jurisdicción.

Estos profesionales deben de consignar en la receta la forma farmacéutica, posología, dosis, período de administración, denominación común internacional, nombre de marca si lo tuviere y son responsables de informar al paciente sobre las reacciones adversas e interacciones que su administración podría producir y de recomendarles las precauciones que debe tomar para su uso correcto.

El químico farmacéutico es responsable del suministro del medicamento y de informar y orientar al usuario sobre su administración, uso y dosis de los productos farmacéuticos, además de la interacción con otros medicamentos, reacciones adversas y condiciones para la conservación.

Para los efectos de su expendio, los medicamentos deberán clasificarse en las siguientes categorías: Primero, la venta con receta especial numerada y de expendio permitido solo en farmacias y boticas que cumplan los requisitos de los convenios internacionales; segundo, la venta con receta médica y expendio solo en farmacias y boticas; Tercero, la venta sin receta médica pero de expendio solo en farmacias y boticas, y cuarto la de venta sin receta médica, comercializados en establecimientos no farmacéuticos. El expendio al público deberá observar estrictamente las condiciones que según estas categorías se hayan impuesto en el registro, y la DIGEMID lista los productos que pueden venderse sin receta médica en establecimientos no farmacéuticos (93).



CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón la ciudad de Puno, que es el Hospital de Referencia Regional (nivel más alto en la pirámide de salud de la Región Puno). En el tópico de pediatría del servicio de Emergencia.

3.2 PERIODO DE DURACION DEL ESTUDIO

Desde el 1 de diciembre hasta el 15 de marzo 2020.

3.3 RECOGIDA DE MUESTRA

Recogida de muestra: Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, siendo las unidades de muestra seleccionadas según la accesibilidad que tendrá el investigador en el periodo de estudio, Para minimizar sesgos por temporalidad, se diseñará un cronograma estacional para la recogida de muestra que planifica reunir la casuística durante medio día (12hrs) de 6 días semanales durante 14 semanas en el transcurso de diciembre – marzo del año 2020 aproximadamente.

El grupo de estudio, integrado por los niños/as que recibieron medicamentos (automedicados) por una persona(s) mayor(es) (padres/ tutores) antes de acudir a consulta del servicio de Emergencias.

Recolección de datos: Se diseñó una encuesta como instrumento de recolección de datos, basada en otros trabajos de investigación realizados sobre el tema de estudio.

Validación del Instrumento: El cuestionario se validó mediante el juicio de expertos. De esta manera se analizará la pertinencia de cada una de las preguntas para los



finés de la investigación eliminándose y modificándose las preguntas que no aporten información confiable.

3.4 POBLACION Y MUESTRA DEL ESTUDIO

Población:

Dentro de la población estudiada, se ha tomado en cuenta a los pacientes pediátricos que acudieron con sus padres o acompañantes al servicio de Emergencias Pediátricas del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno durante el periodo de estudio Diciembre – marzo 2020, quienes previamente cumplieron los criterios de inclusión y exclusión que se señalan más adelante. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, las unidades de muestra fueron seleccionadas según la accesibilidad que tuvo del investigador.

Tamaño de la muestra:

En el Perú la prevalencia de automedicación pediátrica antes de acudir a una atención médica institucional no cuenta con una estimación, por lo que se tomará como referencia la prevalencia promedio de automedicación en la población en general aproximadamente 60%. (92,93,94) De donde $p=0.5$ (prevalencia de AM) y $q=(1-p)=0.5$ (complemento de p). Se tomará un grado de precisión del 95% y un nivel de significación de 5%, por lo tanto, la Z de distribución normal de la probabilidad acumulada de 0.95 tiene el valor de 1.96, considerando que no se conoce el tamaño de la población a estudiar se utilizará la fórmula adecuada para tal efecto, el tamaño muestral calculado es $n=369$, a continuación, se muestra la fórmula y cálculo correspondientes:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2} = \frac{(1.96)^2(0.6)(0.4)}{(0.05)^2} = 368.79 \approx 369$$



Donde:

n =Tamaño de muestra

Z =valor z correspondiente a la probabilidad acumulada

p =Prevalencia de Automedicación

q =Complemento de p

d =Precisión

Criterios de inclusión:

- Pacientes pediátricos que acudan al servicio de emergencia del HRMN de Puno que estén acompañados de al menos un adulto responsable a cargo del menor ya sea padre(s) o tutor(es) en el periodo que comprende los meses de diciembre 2019 a marzo del año 2020.
- Pacientes pediátricos de ambos sexos con una edad comprendida entre 0 días a 15 años, siendo este rango de edad el límite de atención en este ámbito establecido en las normas del Hospital.
- Pacientes pediátricos y padres/ tutores que den su asentimiento verbal.
- Pacientes pediátricos cuyos padres/ tutores den su consentimiento, marcando en el documento (Consentimiento Informado) donde acepten su participación en el estudio.
- Pacientes pediátricos cuyos padres/ tutores estén dispuestos y acepten responder el cuestionario para el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes pediátricos cuyos padres/ tutores no acepten o no puedan participar en el estudio y por lo tanto no firmen el consentimiento informado del estudio.



- Aquellos padres/ tutores de pacientes pediátricos que no brinden respuestas completas a las interrogantes del cuestionario del estudio.
- Aquellos padres/ tutores de pacientes pediátricos que tengan dificultad o incapacidad para resolver el cuestionario del estudio.

3.5 DISEÑO ESTADÍSTICO

El diseño de investigación es no experimental, dado que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

El diseño de la investigación es descriptivo, siendo observacional, dado que describirá los datos y características de la población en estudio.

Es un estudio de corte transversal, porque se recolectan datos en un periodo de tiempo único, su propósito es describir variables y su incidencia de interrelación en un momento dado.

Cuya población de referencia son los pacientes de edad pediátrica dependientes del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, la población elegible son niños/as que consulten al servicio de Emergencia y cuyas familias acepten participar en el estudio respondiendo a la encuesta mientras esperan a ser atendidos.

3.6 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Recolección: La encuesta se aplicó de forma estructurada directa durante los meses de diciembre 2019, enero, febrero y marzo 2020 a los padres o tutores de los niños que asistan al servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de



Puno y que acepten participar en el estudio. La aplicación de la encuesta se realizó en el horario de atención de 6:00 am – 6:00pm de lunes a sábado durante 14 semanas.

Procesamiento y análisis estadísticos de datos: Una vez recolectados los datos, se creó una base de datos realizado en el programa Microsoft Excel v.2010 y a la vez en el programa SPSS versión 26 para Windows de dominio público.

- Para el análisis se usará los programas Microsoft Excel v.2010 e IBM SPSS statistics versión 26.
- Para el estudio descriptivo de las variables cuantitativas (Frecuencia de Automedicación pediátrica, frecuencias de medicamentos, etc.) se calculó los porcentajes y se realizarán tablas y gráficos para su análisis descriptivo.
- Se realizó el cálculo de prevalencia de la Automedicación pediátrica previo ingreso al servicio de emergencia en el periodo de estudio, utilizando la fórmula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Número de eventos}}{\text{Número de individuos totales}}$$

- Para el análisis de las variables cualitativas se utilizó el test de Chi-cuadrado (por conveniencia) para su comparación (basado en el estudio de Valenzuela, 2017). Cuando se tenga determinado la asociación bivariada se procedió a calcular la asociación de factores de riesgo que resulten significativos en el test de Chi-cuadrado, se está utilizando un coeficiente de confianza del 95%, por lo que el nivel de significancia es 5% (0.05) por lo tanto la unidad se considerará que la asociación estimada por la será significativa.

3.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Tabla 1: Operacionalización de variables a continuación.

Variables asociadas	Definición conceptual	Indicadores	Valor final	Tipo de variable
Vínculo con el paciente pediátrico	Vínculo sanguíneo o parental que tiene con el paciente pediátrico	Respuesta del entrevistado	1) Madre 2) Padre 3) Familiar 4) Tutor 5) Otro	Cualitativo
Grado de instrucción de los Padres/tutores	Nivel de estudios alcanzado por el jefe de familia	Respuesta del entrevistado	1) Superior Universitaria 2) Superior no Universitaria 3) Secundaria 4) Primaria 5) Sin estudios	Cualitativo
Edad del padre/tutor	Rango de edad del padre o tutor acompañante del paciente pediátrico	Respuesta del entrevistado	1) 15 – 20 años 2) 20 – 30 años 3) 30 – 40 años 4) 40 – 60 años 5) 60 – 90 años	Cualitativo
Sexo del padre/tutor	Fenotipo del padre o tutor acompañante del paciente pediátrico	Fenotipo del padre/tutor	1) Masculino 2) Femenino	Cualitativo
Botiquín casero	Es la presencia o ausencia de un botiquín en casa	Respuesta del entrevistado	1) Si 2) No	Cualitativo
Botiquín casero en caso su respuesta haya sido (SI) que medicamentos contiene el botiquín	Que medicamentos tiene el botiquín según el padre o tutor	Respuesta del entrevistado	1) Antibióticos 2) Antipiréticos 3) Analgésicos 4) Antigripales 5) Digestivos 6) Otros	Cualitativo
Se automedicó alguna vez	Si el padre o tutor se automedicó alguna vez	Respuesta del entrevistado	1) Si 2) No	Cualitativo
Se automedicó alguna vez * en caso la respuesta anterior sea (SI) cuando fue la última vez que lo hizo	Cuando fue la última vez que el padre o tutor se automedicó	Respuesta del entrevistado	1) Esta semana 2) Menos de un mes 3) Menos de un año 4) Hace más de un año	Cualitativo
Consideración de la práctica de la automedicación	Como considera el padre o tutor la práctica de la automedicación	Respuesta del entrevistado	1) Muy buena 2) Buena 3) Normal 4) Peligrosa 5) Muy peligrosa	Cualitativo
Conocimiento sobre Medicamentos	Percepción subjetiva sobre el conocimiento que tienen los padres/tutores sobre medicamentos en general	Respuesta del entrevistado	1) Bastante 2) Lo básico 3) Poco 4) Nada	Cualitativo
Edad del paciente pediátrico	Número de años y etapa de desarrollo del paciente pediátrico al momento del estudio	Respuesta del entrevistado	1) 0 – 29 días 2) 1 – 6 meses 3) 6 m – 2 años 4) 2 – 6 años 5) 6 – 12 años 6) 12 – 14 años	Cualitativo



Brindo medicamentos al niño antes de acudir a emergencia	El paciente pediátrico recibió por parte de los padres o tutores antes de acudir a emergencia	Respuesta del Entrevistado	1) Si 2) No	Cualitativo
Si la respuesta anterior fue sí, que medicamentos, tomo antes de acudir a emergencia	Que medicamentos, tomo antes de acudir a emergencia	Respuesta del entrevistado	1) Antibiótico 2) Antipirético 3) Analgésico 4) Antigripal 5) Digestivos 6) Otros	Cualitativo
Tiempo que tomo el fármaco	Cuanto tiempo tomo el medicamento antes de acudir a emergencia	Respuesta del entrevistado	1) < 1 día 2) 1 > - < 3 días 3) 3 > - < 5 días 4) 5 > - < 7 días 5) Mayor a una semana	Cualitativo
Con prescripción medica	Obtuvieron los medicamentos con prescripción o receta medica	Respuesta del entrevistado	1) Si 2) No	Cualitativo
Recomendación	Es la recomendación de alguna persona para automedicar al niño o menor antes de su ingreso al servicio de emergencia	Respuesta del entrevistado	1) Nadie 2) Familiar 3) Amigo 4) Compañero de trabajo 5) Profesional de salud no médico 6) Internet, redes sociales (Facebook, whatsapp) 7) Radio, televisión	Cualitativo
Procedencia del medicamento	Procedencia del medicamento o donde fue adquirido	Respuesta del entrevistado	1) Comprado 2) Tenía en casa 3) Regalado	Cualitativo
Consideración de automedicación	Si los padres consideran que fue automedicación	Respuesta del entrevistado	1) Si 2) No	Cualitativo
Síndrome percibido por el padre/tutor	Síntomas que padece el paciente pediátrico al momento de su ingreso al servicio de Emergencia	Respuesta del entrevistado	1) Síndrome febril 2) Síndrome respiratorio 3) Síndrome diarreico 4) Síndrome doloroso 5) Otros	Cualitativo
Riesgos para la salud del paciente pediátrico	Si el padre o tutor cree que la automedicación traerá riesgos para el futuro del paciente	Respuesta del entrevistado	1) Si 2) No 3) No sabe	Cualitativo
Preferencia de tratamiento	Si el padre o tutor sobre qué tipo de tratamiento prefiere	Respuesta del entrevistado	1) Natural 2) Farmacológico 3) Ambos	Cualitativo

Consideraciones éticas: Los aspectos éticos que se deberán tener en cuenta en el trabajo de investigación están referidos en el “Informe Belmont” (95), se respetará la autonomía del sujeto de estudio, cada participante deberá ser libre de aceptar el consentimiento informado y notificársele sobre los riesgos de la investigación. Se les garantizará el respeto a la dignidad humana y la vida del ser humano.

CAPITULO IV

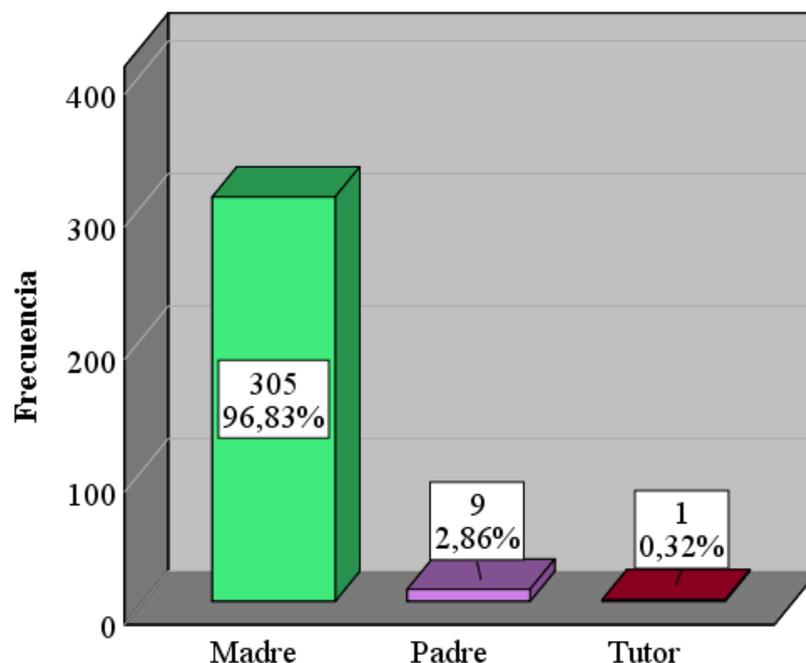
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Durante el periodo de investigación diciembre 2019 – marzo 2020, en el tópic de Pediatría de servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno, el investigador trabajo con la población accesible a su ámbito de trabajo, llegando a recolectar un total de 315 encuestas, de las mismas, este grupo es el objeto del estudio, y con los cuales se trabajó con las variables ya mencionadas.

❖ DISTRIBUCION DE PADRES SEGÚN EL VÍNCULO CON EL PACIENTE

Figura 2: Distribución porcentual de los padres según el vínculo con el paciente pediátrico



Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 2 se aprecia la distribución según el vínculo con el paciente pediátrico, que acudieron al tópico de pediatría del servicio de emergencia, en donde se aprecia que el 96,83% de pacientes pediátricos fue acompañado por su madre, el 2,86% fue acompañado por el padre y el 0,32% fue acompañado por su tutor.

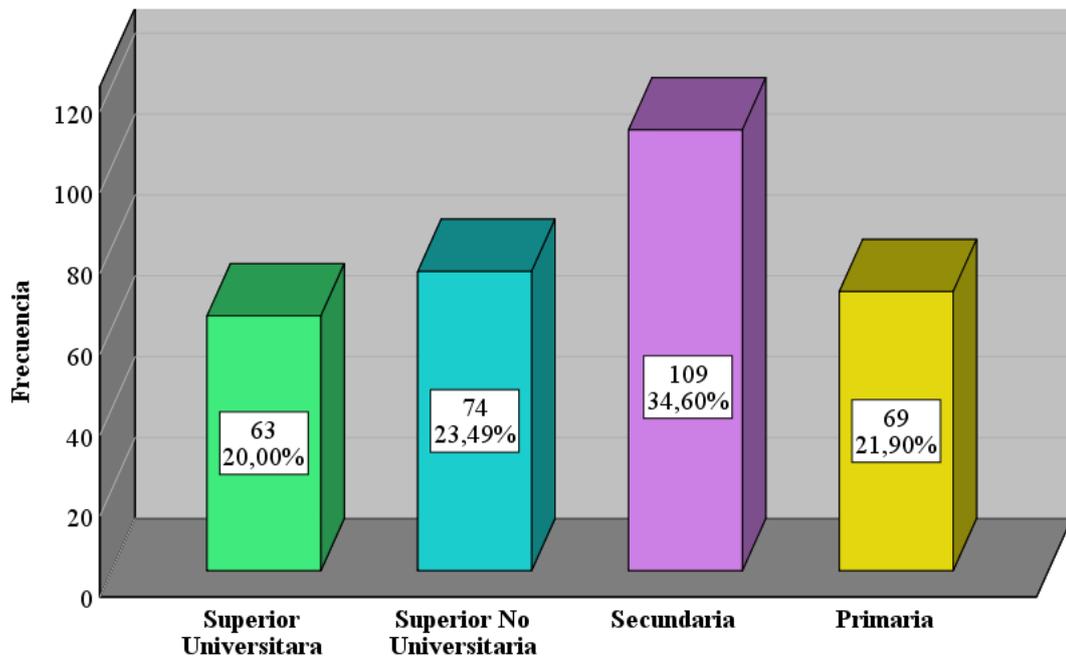
❖ DISTRIBUCION DE PADRES SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCION

Tabla 2: Distribución de padres según el grado de instrucción

GRADO DE INSTRUCCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Superior Universitaria	63	20,00
Superior No Universitaria	74	23,49
Secundaria	109	34,60
Primaria	69	21,90
TOTAL	315	100,00

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Figura 3: Distribución porcentual de los padres según el grado de instrucción

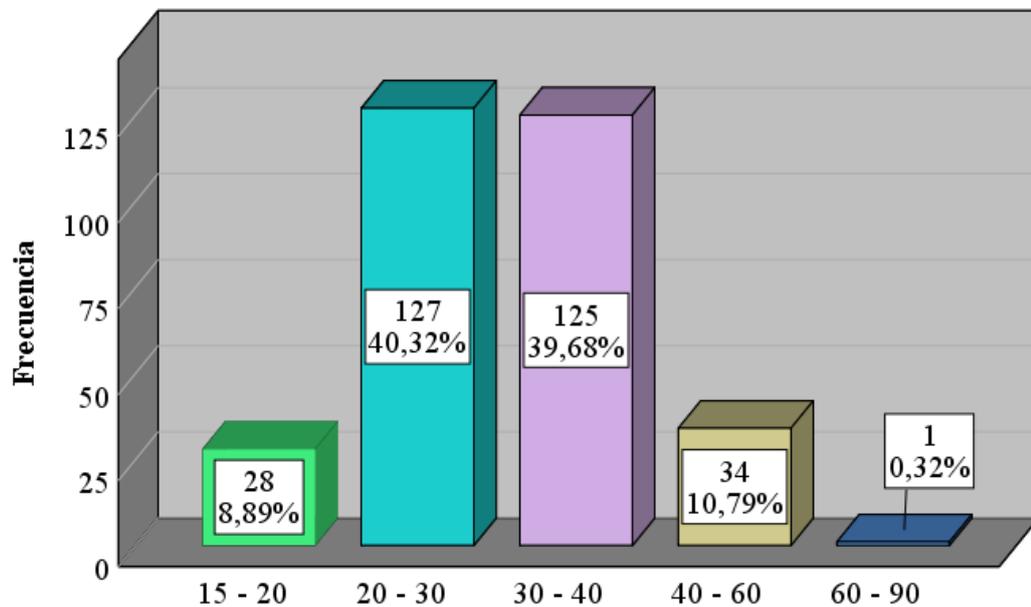


Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la tabla 2 y figura 3 se aprecia la distribución según el grado de instrucción de los padres, que acudieron al tópico de pediatría del servicio de emergencia, en donde se aprecia que el 20,00% de padres tienen grado de instrucción Superior Universitaria, el 23,49% tiene el grado Superior No Universitaria, el 34,60% con grado de secundaria y el 21,90% tiene el grado de primaria.

❖ DISTRIBUCION DE LOS PADRES SEGÚN EL GRUPO ETAREO

Figura 4: Distribución porcentual de los padres según al grupo etario al que pertenecen



Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 4 se aprecia la distribución de los padres según al grupo etario al que pertenecen en donde se aprecia que el 8,89% de los padres estuvo entre las edades de 15 a 20 años, el 40,32% estuvo entre las edades de 20 a 30 años, el 39,68% estuvo entre las edades de 30 a 40 años, el 10,79% estuvo entre las edades de 40 a 60 años y el 0,32% estuvo entre las edades de 60 y 90 años.



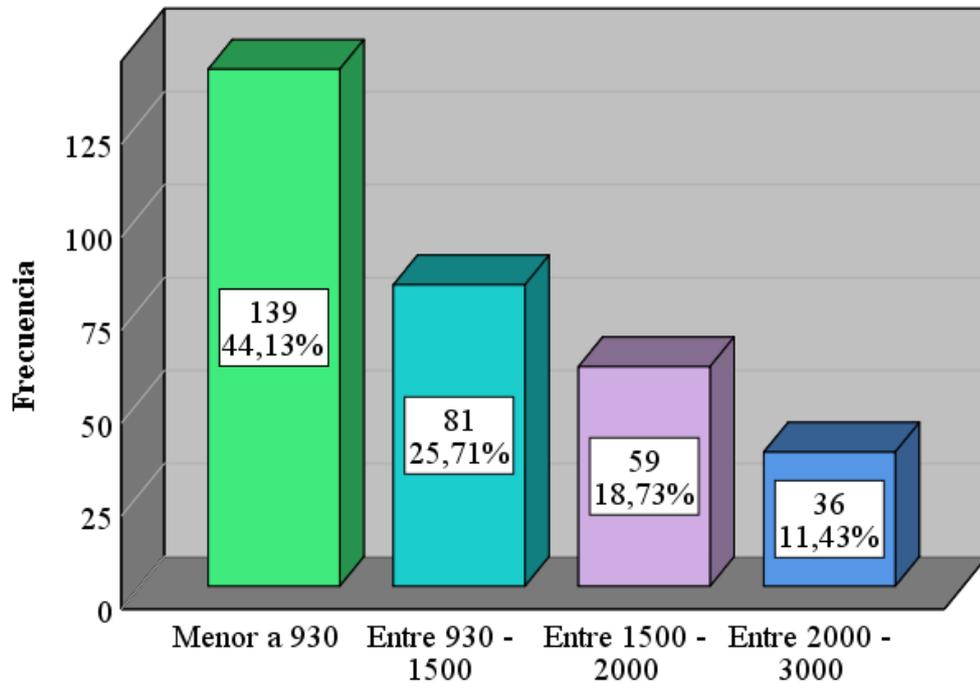
❖ DISTRIBUCION DE PADRES SEGÚN EL INGRESO ECONOMICO

Tabla 3: Distribución de padres según el monto de ingreso económico mensual

INGRESO (SOLES)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor a 930	139	44,13
Entre 930 – 1500	81	25,71
Entre 1500 – 2000	59	18,73
Entre 2000 - 3000	36	11,43
TOTAL	315	100,00

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Figura 5: Distribución porcentual según en monto de ingreso económico mensual de los padres

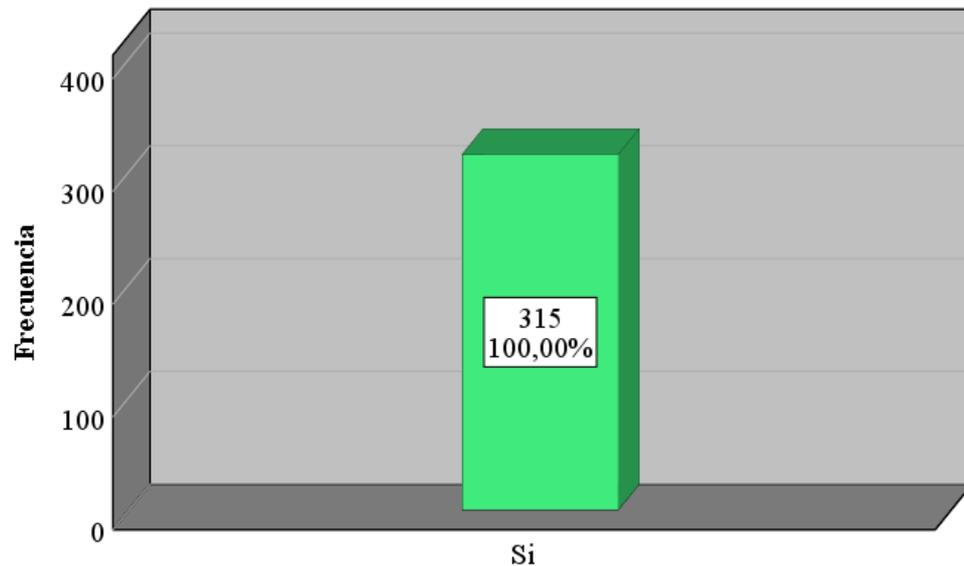


Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la tabla 3 y la figura 5 se aprecia la distribución de los padres según en monto de ingreso económico mensual de los padres en donde se aprecia que el 44,13% de padres percibe 930 soles a menos, el 25,71% percibe entre 930 a 1500 soles mensuales, el 18,73% de padres percibe entre 1500 a 2000 soles mensuales y el 11,43% percibe entre 2000 a 3000 soles mensuales.

❖ DISTRIBUCION DE ACUERDO SI PRESENTAN UN BOTIQUIN O MEDICAMENTOS EN CASA

Figura 6: Distribución porcentual de acuerdo si presentan botiquín o medicamentos en casa de los pacientes

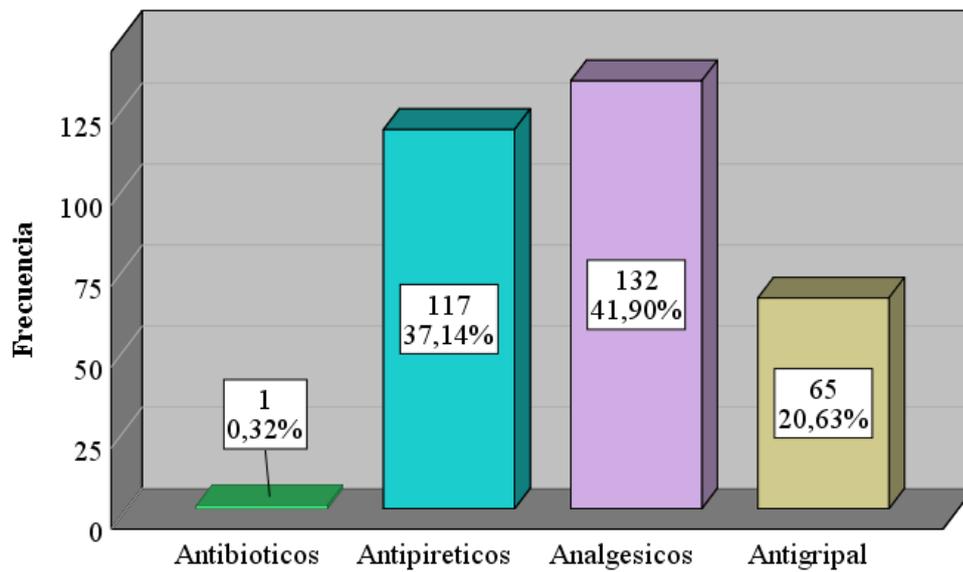


Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 6 se aprecia la distribución de acuerdo si presentan botiquín o medicamentos en casa de los pacientes en la que se aprecia que el 100,00% en su casa tiene botiquín o medicamentos.

❖ DISTRIBUCION DE ACUERDO AL TIPO DE MEDICAMENTOS QUE TIENEN EN SU BOTIQUIN O EN CASA

Figura 7: Distribución porcentual de los medicamentos que tiene en casa o en su botiquín de los padres

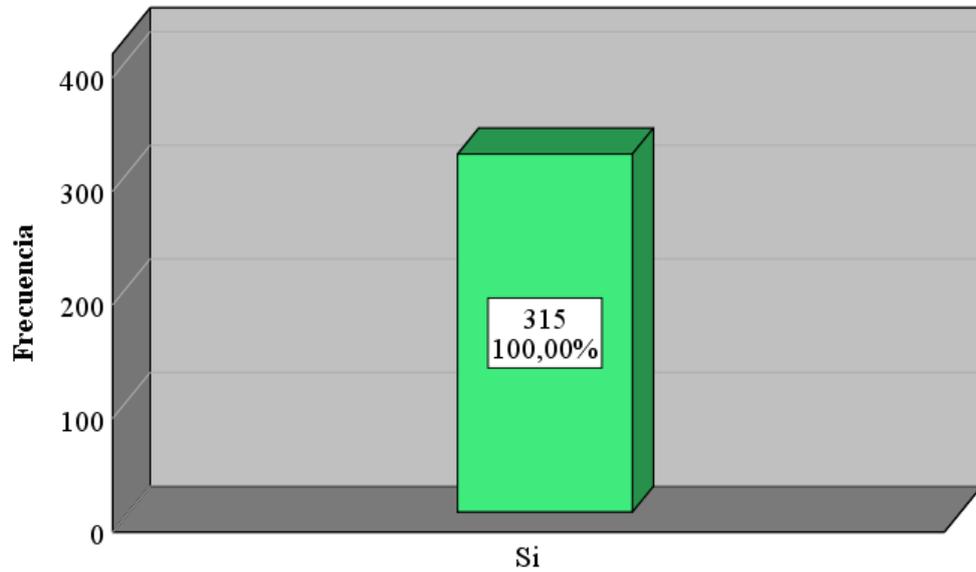


Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 7 se aprecia la distribución de los medicamentos que tiene en casa o en su botiquín en los cuales se aprecia que el 0,32% tiene antibióticos en su caso o botiquín, el 37,14% tiene antipiréticos, el 41,90% tiene analgésicos y 20,63% tiene antigripales en su caso o botiquín.

❖ DISTRIBUCION DE ACUERDO A SI LOS PADRES Y/O TUTORES DE AUTOMEDICARON ALGUNA VEZ

Figura 8: Distribución porcentual de si alguna vez se automedicó el padre y/o tutor.

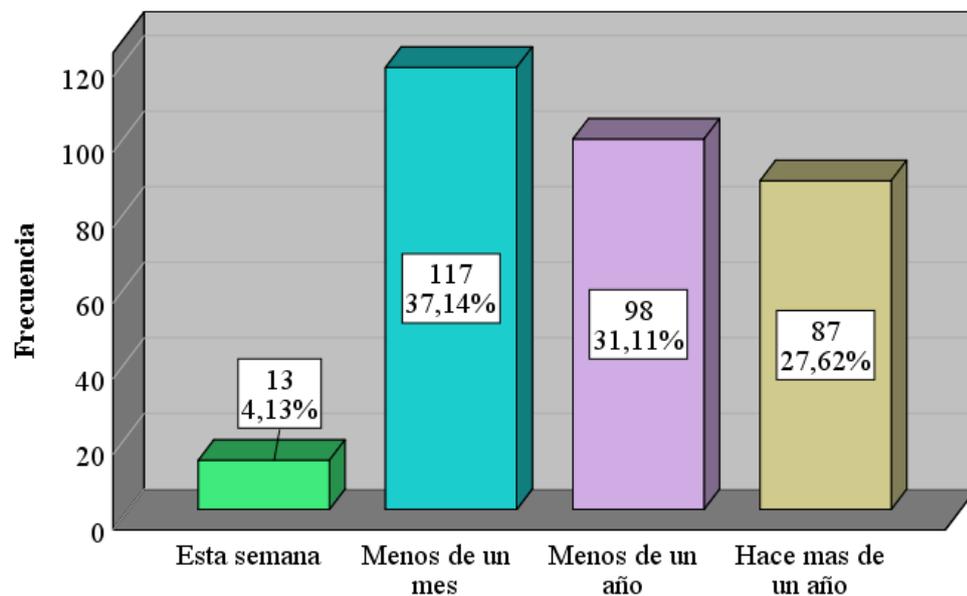


Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 8 se aprecia la distribución de si alguna vez se automedicó el padre y/o tutor se obtuvo que el 100,00% si se automedicó alguna vez.

❖ DISTRIBUCION DE ACUERDO DE CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE SE AUTOMEDICO EL PADRE Y/O TUTOR

Figura 9: Distribución porcentual de acuerdo de cuándo fue la última vez que se automedicó el padre y/o tutor

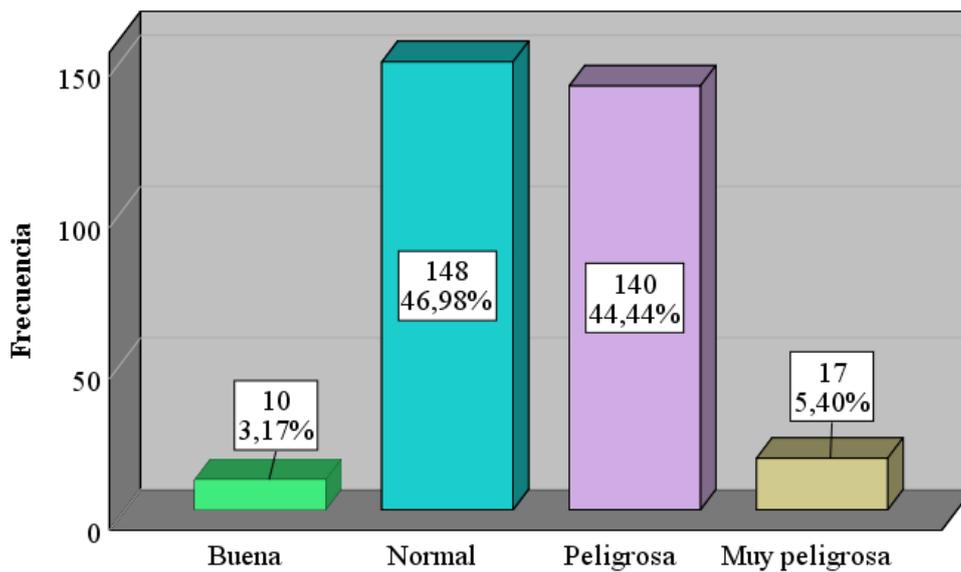


Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 9 se aprecia distribución de distribución de acuerdo de cuándo fue la última vez que se automedicó el padre y/o tutor se obtuvo que el 4,13% se automedicó en la semana, el 37,14% se automedicó hace menos de un mes, el 31,11% se automedicó hace menos de un año y que el 27,62% se automedicó hace más de un año.

❖ DISTRIBUCION DE COMO CONSIDERAN LA AUTOMEDICACION LOS PADRES Y/O TUTORES

Figura 10: Distribución porcentual de como considera la automedicación los padres y/o tutores

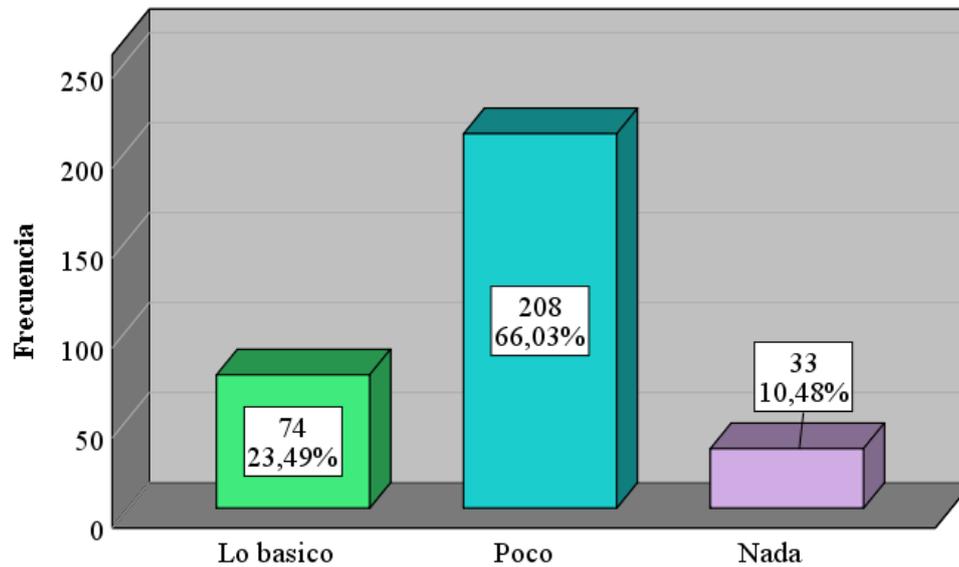


Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 10 se aprecia la distribución de como considera la automedicación los padres y/o tutores en la que se obtuvo el 3,17% de padres la considera como buena, el 46,98% la considera como normal, el 44,44% la considera como peligrosa y el 5,40% la considera como muy peligrosa.

❖ DISTRIBUCION DE ACUERDO DE CUANTO CREE QUE SABE SOBRE LOS MEDICAMENTOS EL PADRE Y/O TUTOR

Figura 11: Distribución porcentual de acuerdo de cuanto cree que sabe sobre los medicamentos el padre y/o tutor



Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 11 se aprecia la distribución de acuerdo de cuanto cree que sabe sobre los medicamentos el padre y/o tutor se obtuvo que el 23,49% de padres saben lo básico de los medicamentos, el 66,03% sabe poco de los medicamentos y 10,48% no sabe nada sobre los medicamentos.



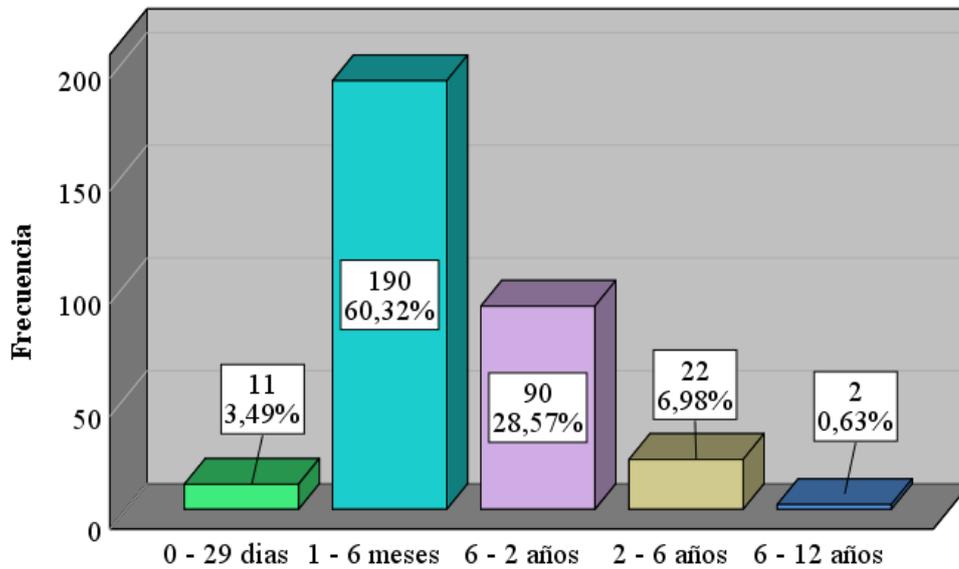
❖ DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA EDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO QUE ACUDE A EMERGENCIA

Tabla 4: Distribución de acuerdo a la edad del paciente pediátrico

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - 29 días	11	3,49
1 - 6 meses	190	60,32
6m - 2 años	90	28,57
2 - 6 años	22	6,98
6 - 12 años	2	0,63
12 – 14 años	0	0,00
TOTAL	315	100,0

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Figura 12: Distribución porcentual de acuerdo a la edad del paciente pediátrico



Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la tabla 4 y la figura 12 se aprecia la Distribución de acuerdo a la edad del paciente pediátrico que acude a emergencia donde se obtuvo que un 3,49% de pacientes estuvo entre las edades de 0 a 29 días, el 60,32% estuvo entre las edades de 1 a 6 meses, el 28,57% estuvo entre las edades de 6 meses a 2 años de edad, el 6,98% estuvo entre los 2 a 6 años de edad y el 0,63% estuvo entre los 6 a 12 años de edad.



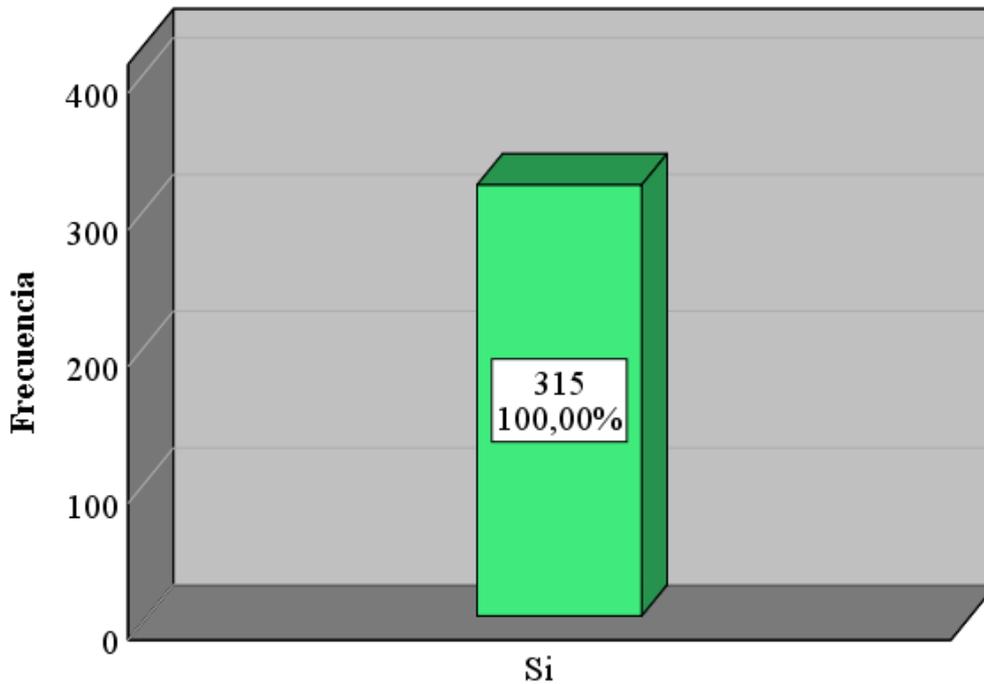
❖ **DISTRIBUCION DE ACUERDO SI EL PACIENTE PEDIATRICO TOMO
ALGUN MEDICAMENTO ANTES DE VENIR A EMERGENCIA**

Tabla 5: Distribución de acuerdo a si el paciente pediátrico tomo algún medicamento antes de venir a emergencia

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	315	100,0
No	0	0
TOTAL	315	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Figura 13: Distribución porcentual de acuerdo a si el paciente pediátrico tomo algún medicamento antes de venir a emergencia

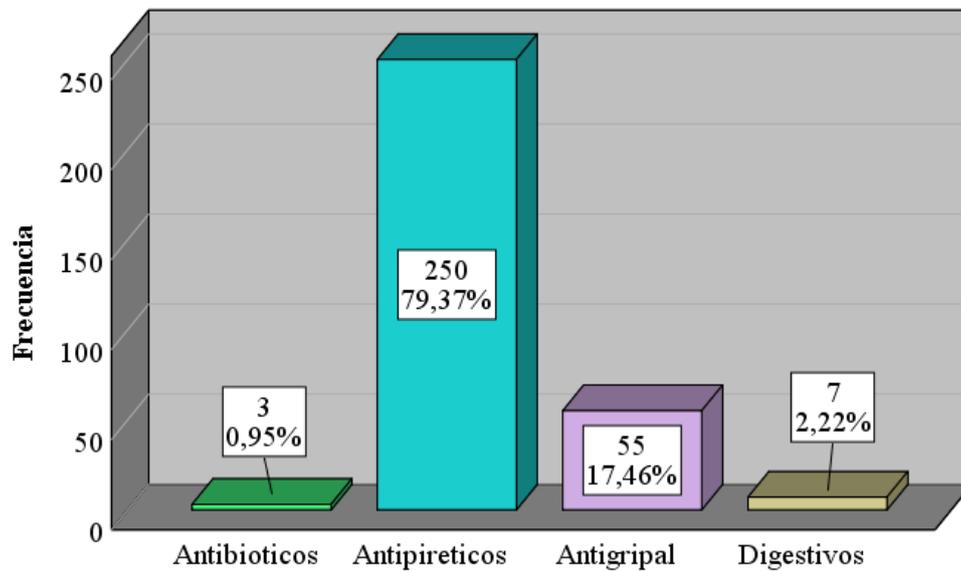


Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la tabla 5 y figura 13 se aprecia la distribución porcentual de acuerdo a si el paciente pediátrico tomo algún medicamento antes de venir a emergencia en donde se obtuvo que el 100,00% de los pacientes pediátricos tomaron algún medicamento antes de venir a emergencia.

❖ DISTRIBUCION DE ACUERDO QUE TIPO DE MEDICAMENTO TOMO ANTES DE INGRESAR A EMERGENCIA

Figura 14: Distribución porcentual de acuerdo que tipo de medicamento tomo antes de ingresar a emergencia

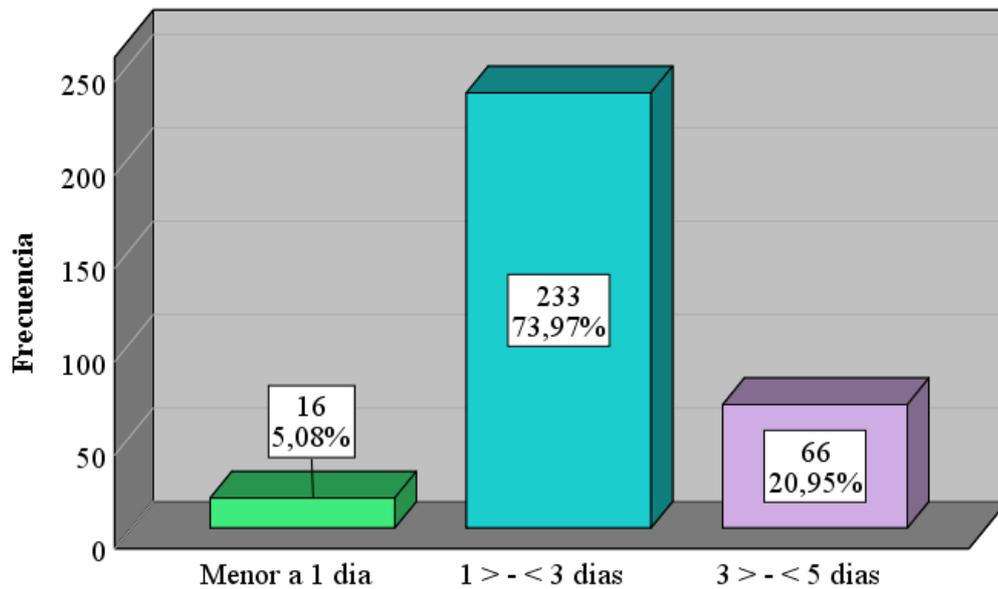


Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 14 Distribución porcentual de acuerdo que tipo de medicamento tomo antes de ingresar a emergencia en donde se obtuvo que 0,95% tomo antibióticos antes de venir a emergencia, el 79,37% tomo antipiréticos, el 17,46% tomo antigripales y 2,22% tomo digestivos.

❖ DISTRIBUCION DE ACUERDO A CUANTO TIEMPO TOMO EL MEDICAMENTO ANTES DE VENIR A EMERGENCIA

Figura 15: Distribución porcentual de acuerdo a cuánto tiempo tomo el medicamento antes de venir a emergencia

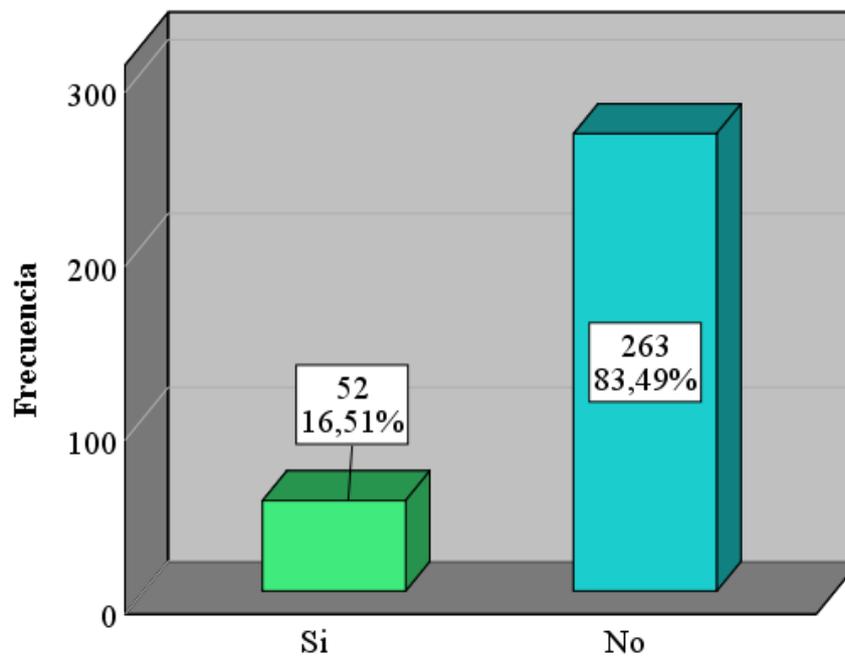


Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 15 se aprecia distribución de acuerdo a cuánto tiempo tomo el medicamento antes de venir a emergencia en donde se obtuvo que el 5,08% tomo medicamento menos de 1 día, el 73,97% tomo el medicamento de 1 a 3 días y el 20,95% tomo el medicamento de 3 a 5 días.

❖ DISTRIBUCION DE SI LOS MEDICAMENTO QUE TOMO EL PACIENTE PEDIATRICO TENIAN PRESCRIPCION MÉDICA

Figura 16: Distribución de si los medicamento que tomo el paciente pediátrico tenían prescripción médica.



Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 16 se aprecia la distribución de si los medicamento que tomo el paciente pediátrico tenían prescripción médica que acudieron a emergencia en la que se obtuvo que el 16,51% si tenía prescripción médica del medicamento que tomo y el 83,49% no tenía prescripción médica del medicamento que tomo.



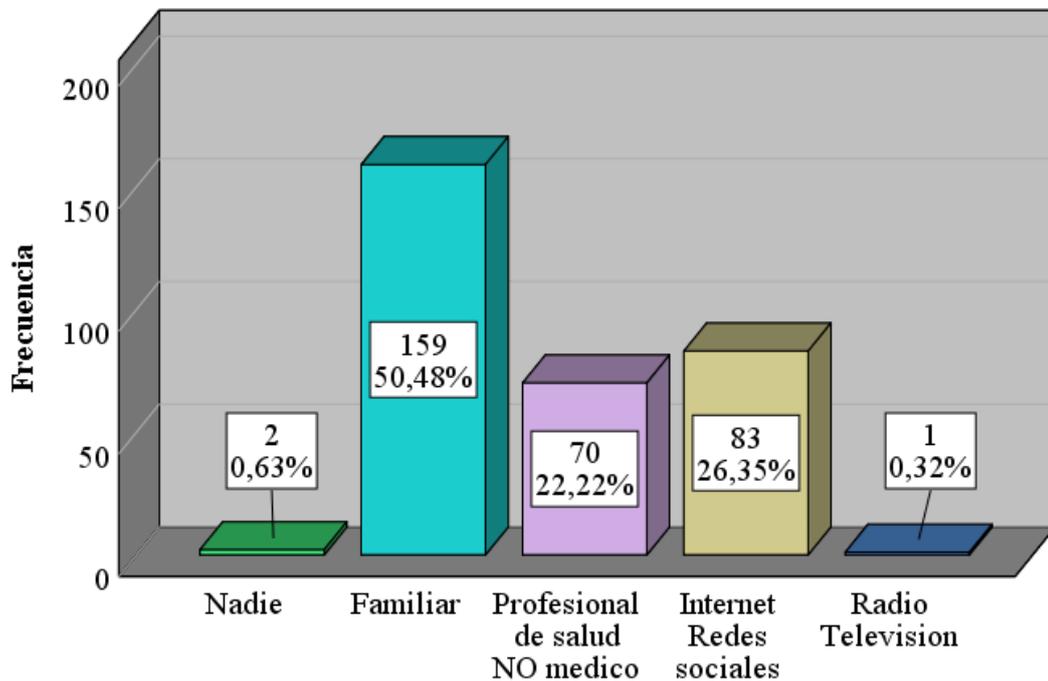
❖ **DISTRIBUCION DE ACUERDO A QUE O QUIEN LE RECOMENDO
TOMAR EL MEDICAMENTO PARA EL PACIENTE PEDIATRICO**

Tabla 61: Distribución de acuerdo a que o quien le recomendó tomar el medicamento para el paciente pediátrico.

QUIEN RECOMENDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nadie	2	0,63
Familiar	159	50,48
Profesional de salud NO Medico	70	22,22
Internet Redes sociales	83	26,35
Radio, Televisión	1	0,32
TOTAL	315	100,00

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Figura 17: Distribución porcentual de acuerdo a que o quien le recomendó tomar el medicamento.

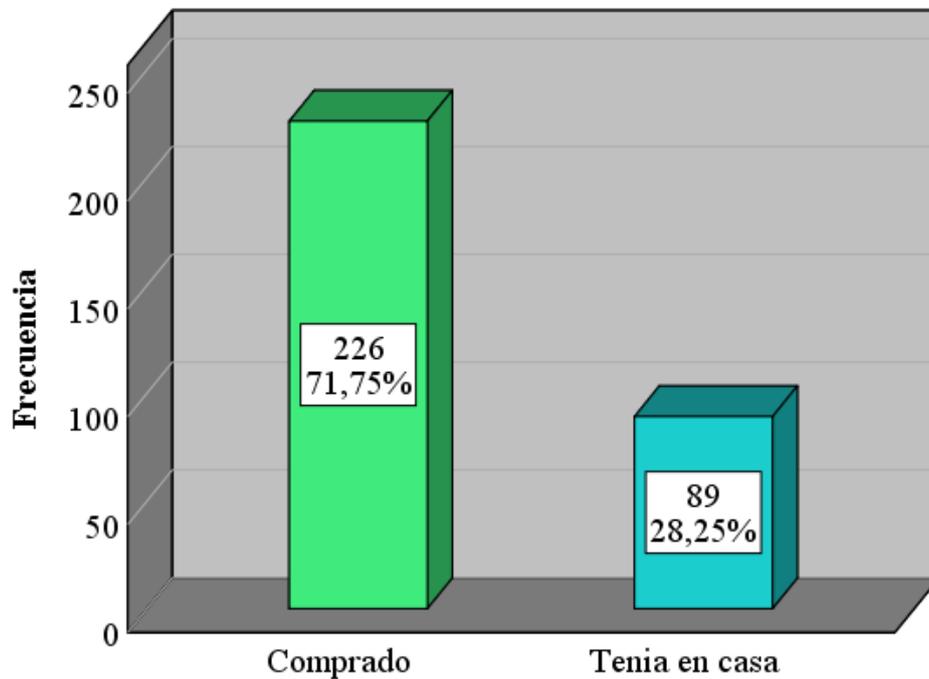


Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la tabla 6 y figura 17 se aprecia la distribución porcentual de acuerdo a que o quien le recomendó tomar el medicamento para el paciente pediátrico que acude a emergencia en la que se obtuvo que en el 0,63% fue por iniciativa propia, en el 50,48% un familiar fue el que recomendó el medicamento, en el 22,22% fue un profesional no medico el que recomendó el medicamento, el 26,35% fue internet y/o redes sociales en las cuales el padre obtuvo recomendación del medicamento y el 0,32% fue la radio y/o televisión la que recomendó el medicamento.

❖ DISTRIBUCION DE LA PROCEDENCIA DEL MEDICAMENTO QUE TOMO EL PACIENTE PEDIATRICO

Figura 18: Distribución porcentual de la procedencia del medicamento que tomo el paciente pediátrico.

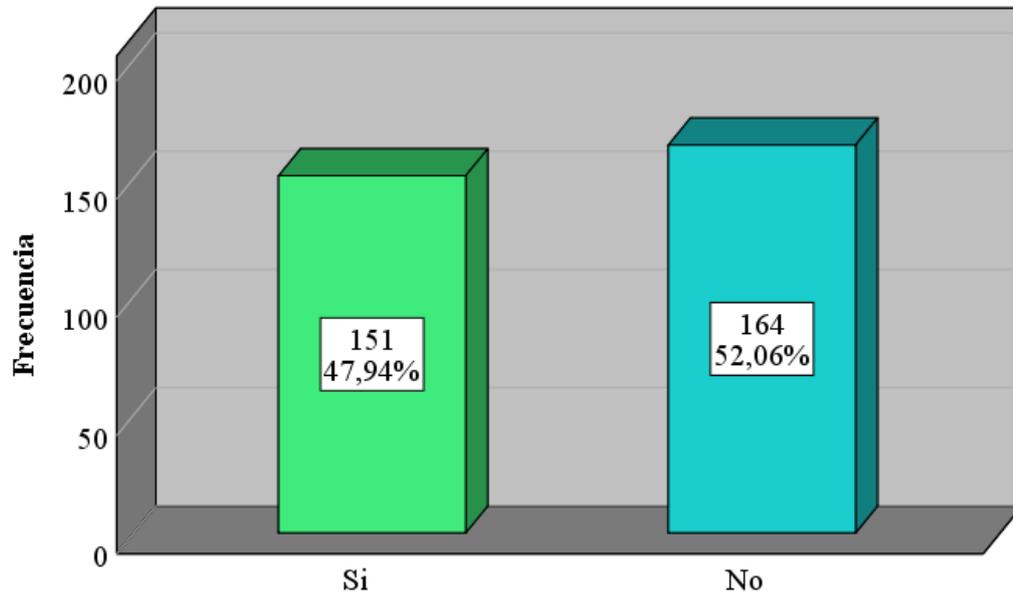


Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 18 se evidencia la distribución porcentual de la procedencia del medicamento que tomo el paciente pediátrico que acude a emergencia donde se obtuvo que el 71,75% el medicamento fue comprado y en el 28,25% tenían en la casa y/o botiquín el medicamento que fue administrado al paciente pediátrico.

❖ DISTRIBUCION DE ACUERDO A SI LOS PADRES CONSIDERAN QUE FUE AUTOMEDICACION

Figura 19: Distribución porcentual de acuerdo a si los padres consideran que fue automedicación brindada al paciente pediátrico.

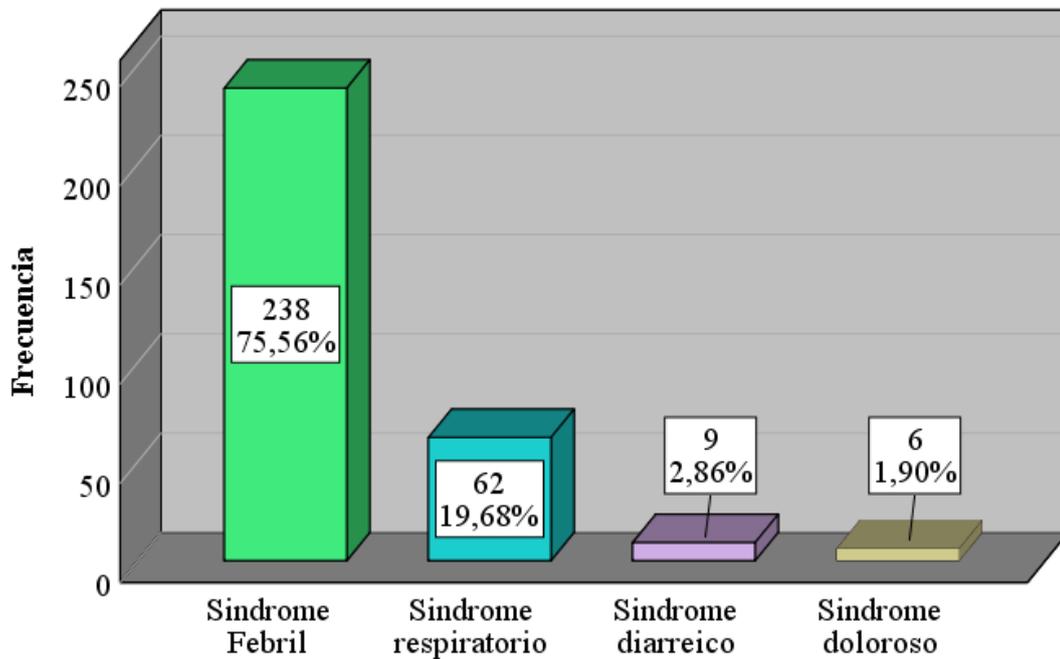


Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 19 distribución de acuerdo a si los padres consideran que fue automedicación brindada al paciente pediátrico que acude a emergencia en la que se obtuvo que el 47,94% de los padres si consideran que fue automedicación y el 52,06% no consideran que fue automedicación.

❖ DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SINDROME PERCIBIDO POR EL PADRE Y/O TUTOR DEL PACIENTE PEDIATRICO

Figura 20: Distribución porcentual de acuerdo al síndrome percibido por el padre y/o tutor del paciente pediátrico.

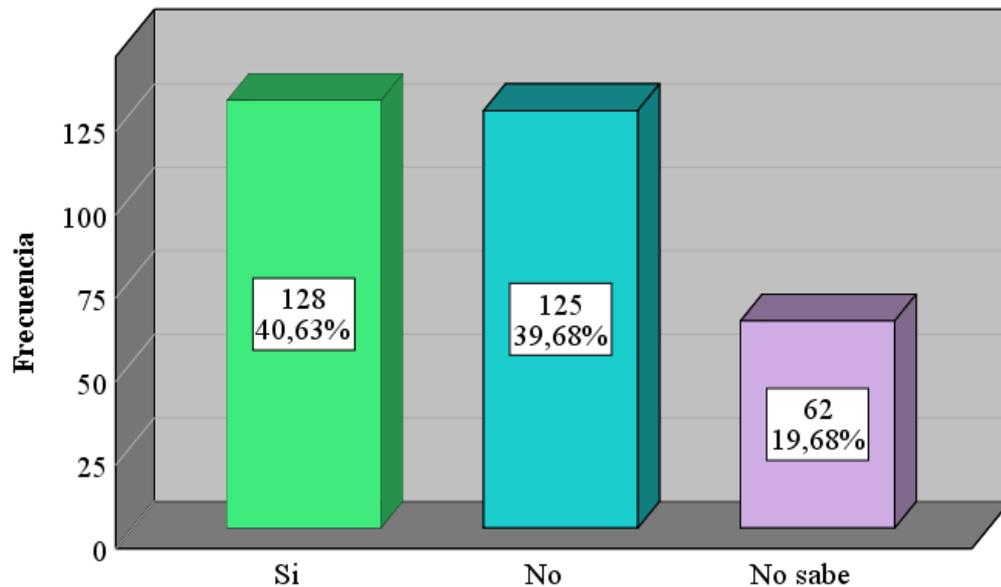


Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 20 se evidencia la distribución de acuerdo al síndrome percibido por el padre y/o tutor del paciente pediátrico que acude a emergencia en la cual se obtuvo que el 75,56% percibió síndrome febril, el 19,68% percibió síndrome respiratorio, 2,86% percibió síndrome diarreico y 1,90% percibió síndrome doloroso.

❖ DISTRIBUCION DE ACUERDO SI LOS PADRES CREEN QUE LA AUTOMEDICACION TRAE RIESGOS EN EL FUTURO DE LA SALUD

Figura 21: Distribución porcentual de acuerdo si los padres creen que la automedicación trae riesgos en el futuro de la salud del paciente.



Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la figura 21 distribución de acuerdo si los padres creen que la automedicación trae riesgos en el futuro de la salud del paciente pediátrico que acude a emergencia en la cual se obtuvo que el 40,63% cree que si traería riesgos a futuro para el paciente pediátrico y el 39,68% no cree que traería riesgos a futuro para el paciente pediátrico y el 19,68% no sabe si traería riesgos al futuro para el paciente pediátrico.



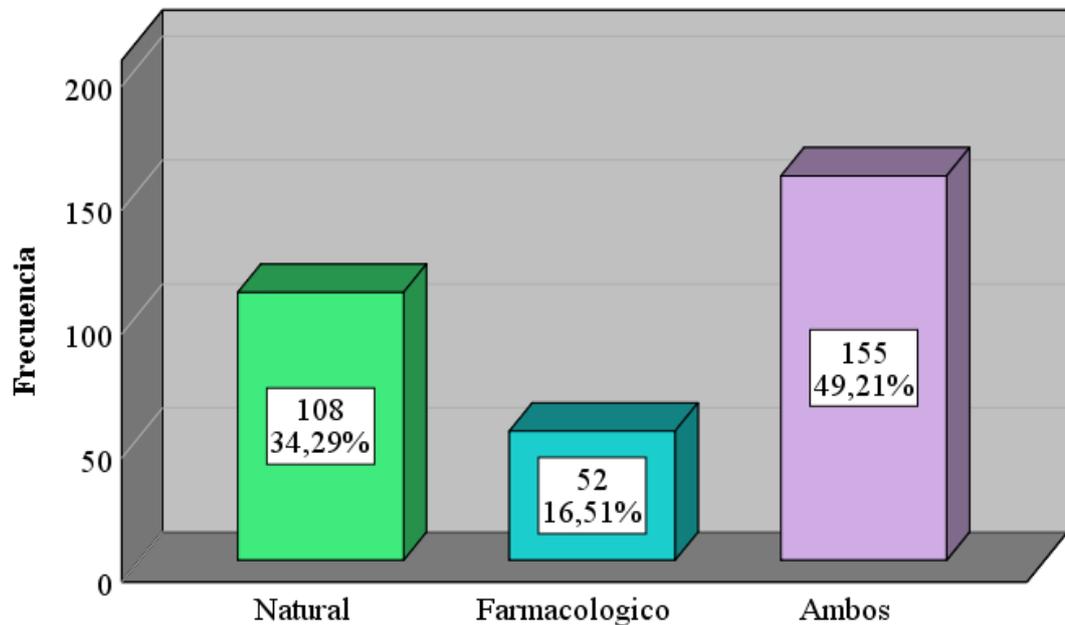
❖ **DISTRIBUCION DE ACUERDO A QUE TIPO DE MEDICACION
PREFIERE EL PADRE DEL PACIENTE PEDIATRICO**

Tabla 7: Distribución de acuerdo a qué tipo de medicación prefiere el padre del paciente pediátrico.

TIPO DE TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Natural	108	34,29
Farmacológico	52	16,51
Ambos	155	49,21
TOTAL	315	100,00

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Figura 22: Distribución porcentual de acuerdo a qué tipo de medicación prefiere el padre del paciente pediátrico.



Fuente: Encuesta de recolección de datos

En la tabla 7 y figura 22 se evidencia la distribución de acuerdo a qué tipo de medicación prefiere el padre del paciente pediátrico que acude a emergencia en la cual se obtuvo que el 34,29% de los padres prefieren los tratamientos naturales (plantas medicinales), el 16,51% de los padres prefieren el tratamiento farmacológico y el 49,21% prefieren el uso de ambos tipos de tratamiento.

CRUCE DE VARIABLES

Se realizó la asociación de variables cualitativas, para lo cual se trabajó con el programa SPSS versión 26. Se realizó la asociación por medio de la prueba de Chi Cuadrado de Pearson, para indicar las diferencias estadísticamente significativas de dichas variables. Se trabajó con un nivel de significancia del 5%.

Tabla 8: Relación entre el grado de instrucción del padre y si considera que fue automedicación

			¿Considera que fue Automedicación?		Total
			Si	No	
Grado de Instrucción del padre	Superior Universitaria	Recuento	52	11	63
	Superior No Universitaria	Recuento	48	26	74
	Secundaria	Recuento	40	69	109
	Primaria	Recuento	11	58	69
Total		Recuento	151	164	315

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

PRUEBA DE CHI CUADRADO

FORMULAMOS LAS HIPOTESIS ESTADISTICAS

H1: Grado de instrucción del padre se relaciona significativamente con si considera que fue automedicación

H0: Grado de instrucción del padre no se relaciona significativamente con si considera que fue automedicación

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,540 ^a	3	0,000
N de casos válidos	315		

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

INTERPRETACION

En la prueba de hipótesis para la variable grado de instrucción del padre con si considera que fue automedicación, se obtuvo un Chi cuadrado de 72,540 y un p value de 0,000 que es menor al nivel de significancia de 0,05 por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1, lo que implica que el grado de instrucción del padre se relaciona significativamente con Si considera que fue automedicación.

Se obtuvo que el 82,5% de los padres con grado de instrucción superior universitaria si consideran que fue automedicación y el 17,5% de los mismos no considera que fue automedicación.

El 64,9% de los padres con grado de instrucción superior no universitaria si considera que fue automedicación y el 35,1% de los mismos considera que no fue automedicación.

El 36,7% de los padres con grado de instrucción secundaria considera que si fue automedicación y el 63,3% de los mismos considera que no fue automedicación.

El 15,9% de los padres con grado de instrucción primaria considera que si fue automedicación y el 84,1% de los mismos considera que no fue automedicación.

Tabla 9: Relación entre el ingreso económico y si considera que fue autoedición

			¿Considera que fue Automedicación?		Total
			Si	No	
¿Cuál es el ingreso económico familiar?	Menor a 930	Recuento	41	98	139
	Entre 930 – 1500	Recuento	37	44	81
	Entre 1500 - 2000	Recuento	42	17	59
	Entre 2000 - 3000	Recuento	31	5	36
Total		Recuento	151	164	315

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

PRUEBA DE CHI CUADRADO

FORMULAMOS LAS HIPOTESIS ESTADISTICAS

H1: Ingreso económico del padre se relaciona significativamente con Si considera que fue automedicación

H0: Ingreso económico del padre no se relaciona significativamente con Si considera que fue automedicación

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,904 ^a	3	0,000
N de casos válidos	315		

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.



INTERPRETACION

En la prueba de hipótesis para la variable ingreso económico del padre con si considera que fue automedicación, se obtuvo un Chi cuadrado de 52,904 y un p value de 0,000 que es menor al nivel de significancia de 0,05 por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1, lo que implica que el ingreso económico del padre se relaciona significativamente con Si considera que fue automedicación.

Como se puede apreciar el 29,5% de los padres con ingreso de menor a 930 (mínimo), si consideran que fue automedicación y el 70,5% de los mismos no considera que fue automedicación.

El 45,7% de los padres con ingreso de 930 a 1500 soles (ingreso bajo), si consideran que fue automedicación y el 54,3% de los mismos no considera que fue automedicación.

El 71,2% de los padres con ingreso de 1500 a 2000 soles (ingreso mediano), si consideran que fue automedicación y el 28,8% de los mismos no considera que fue automedicación.

El 86,1% de los padres con ingreso de 2000 a 3000 soles (ingreso alto), si consideran que fue automedicación y el 13,9% de los mismos no considera que fue automedicación.

Tabla 10: Relación entre el grado de instrucción de los padres y cuanto cree que sabe sobre los medicamentos

			¿Cuánto cree usted que sabe sobre medicamentos?			Total
			Lo básico	Poco	Nada	
¿Grado de Instrucción?	Superior Universitaria	Recuento	40	21	2	63
	Superior No Universitaria	Recuento	15	56	3	74
	Secundaria	Recuento	17	74	18	109
	Primaria	Recuento	2	57	10	69
Total		Recuento	74	208	33	315

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia

PRUEBA DE CHI CUADRADO

FORMULAMOS LAS HIPOTESIS ESTADISTICAS

H1: Grado de instrucción del padre se relaciona significativamente con Cuanto cree que sabe sobre los medicamentos.

H0: Grado de instrucción del padre no se relaciona significativamente con Cuanto cree que sabe sobre los medicamentos.

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	83,730 ^a	6	0,000
N de casos válidos	315		

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.



INTERPRETACION

En la prueba de hipótesis para la variable grado de instrucción del padre con cuanto cree que sabe sobre los medicamentos, se obtuvo un Chi cuadrado de 83,730 y un p value de 0,000 que es menor al nivel de significancia de 0,05 por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1, lo que implica que el grado de instrucción del padre se relaciona significativamente con cuanto cree que sabe sobre los medicamentos que brinda a sus hijos.

Se obtuvo que el 63,5% de los padres con grado de instrucción superior universitaria refieren saber lo básico sobre los medicamentos, el 33,3% refiere que saber poco sobre los medicamentos y el 3,2% refiere que no saber nada sobre los medicamentos.

El 20,3% de los padres con grado de instrucción superior no universitaria refieren saber lo básico sobre los medicamentos, el 75,7% refiere que saber poco sobre los medicamentos y el 4,1% refiere que no saber nada sobre los medicamentos.

El 15,6% de los padres con grado de instrucción secundaria refieren saber lo básico sobre los medicamentos, el 67,9% refiere que saber poco sobre los medicamentos y el 16,5% refiere que no saber nada sobre los medicamentos.

El 2,9% de los padres con grado de instrucción primaria refieren saber lo básico sobre los medicamentos, el 82,6% refiere que saber poco sobre los medicamentos y el 14,5% refiere que no saber nada sobre los medicamentos.

Tabla 11: Relación entre el ingreso económico de los padres y cuanto cree que sabe sobre los medicamentos

			¿Cuánto cree usted que sabe sobre medicamentos?			Total
			Lo básico	Poco	Nada	
¿Cuál es el ingreso económico familiar?	Menor a 930	Recuento	7	111	21	139
	Entre 930 - 1500	Recuento	10	60	11	81
	Entre 1500 - 2000	Recuento	30	28	1	59
	Entre 2000 - 3000	Recuento	27	9	0	36
Total		Recuento	74	208	33	315

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

PRUEBA DE CHI CUADRADO

FORMULAMOS LAS HIPOTESIS ESTADISTICAS

H1: Ingreso económico del padre se relaciona significativamente con Cuanto cree que sabe sobre los medicamentos.

H0: Ingreso económico del padre no se relaciona significativamente con Cuanto cree que sabe sobre los medicamentos.

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	112,672 ^a	6	0,000
N de casos válidos	315		

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.



INTERPRETACION

En la prueba de hipótesis para la variable ingreso económico del padre con cuanto cree saber sobre los medicamentos, se obtuvo un Chi cuadrado de 112.672 y un p value de 0,000 que es menor al nivel de significancia de 0,05 por lo tanto se rechaza H_0 y se acepta H_1 , lo que implica que el ingreso económico del padre se relaciona significativamente con cuanto cree saber sobre los medicamentos.

Se obtuvo que el 5,0% de los padres con ingreso económico de 930 soles a menos (ingreso mínimo), refieren saber lo básico sobre los medicamentos, el 79,9% refiere que saber poco sobre los medicamentos y el 15,1% refiere que no saber nada sobre los medicamentos.

El 12,3% de los padres con ingreso económico de 930 a 1500 soles (ingreso bajo) refieren saber lo básico sobre los medicamentos, el 74,1% refiere que saber poco sobre los medicamentos y el 13,6% refiere que no saber nada sobre los medicamentos.

El 50,8% de los padres con ingreso económico de 1500 a 2000 soles (ingreso mediano) refieren saber lo básico sobre los medicamentos, el 47,5% refiere que saber poco sobre los medicamentos y el 1,7% refiere que no saber nada sobre los medicamentos.

El 75,0% de los padres con ingreso económico de 2000 a 3000 soles (ingreso alto) refieren saber lo básico sobre los medicamentos y el 25,0% refiere que saber poco sobre los medicamentos.

Tabla 12: Relación entre el ingreso económico y quien recomendó el medicamento que tomo el paciente pediátrico antes de acudir a emergencia

			¿Quién recomendó que el niño(a) o menor tome un medicamento?					Total
			Nadie	Familiar	Profesional de salud NO medico	Internet Redes sociales	Radio Televisión	
¿Cuál es el ingreso económico familiar?	Menor a 930	Recuento	1	93	31	14	0	139
	Entre 930 - 1500	Recuento	0	40	18	23	0	81
	Entre 1500 - 2000	Recuento	1	20	17	20	1	59
	Entre 2000 - 3000	Recuento	0	6	4	26	0	36
Total		Recuento	2	159	70	83	1	315

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.



PRUEBA CHI CUADRADO

FORMULAMOS LAS HIPOTESIS ESTADISTICAS

H1: Ingreso económico del padre se relaciona significativamente con Quien recomendó el medicamento que tomo el paciente pediátrico antes de acudir a emergencia.

H0: Ingreso económico del padre no se relaciona significativamente con Quien recomendó el medicamento que tomo el paciente pediátrico antes de acudir a emergencia.

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,246 ^a	12	,000
N de casos válidos	315		

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

INTERPRETACION

En la prueba de hipótesis para la variable ingreso económico del padre con quien recomendó el medicamento, se obtuvo un Chi cuadrado de 72,246 y un p value de 0,000 que es menor al nivel de significancia de 0,05 por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1, lo que implica que el ingreso económico del padre se relaciona significativamente con Si quien recomendó el medicamento.

Se obtuvo que el 0,7% de los padres con ingreso de 930 soles a menos (ingreso mínimo) nadie recomendó que tome algún medicamento, el 66,9% una familia fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 22,3% un profesional no médico fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 10,1% tomo de internet y/o redes sociales la



recomendación que tome algún medicamento y 0,0% como la recomendación de la radio y/o televisión.

El 0,0% de los padres con ingreso de 930 a 1500 soles (ingreso bajo) nadie recomendó que tome algún medicamento, el 49,4% una familia fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 22,2% un profesional no médico fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 28,4% tomó de internet y/o redes sociales la recomendación que tome algún medicamento y 0,0% como la recomendación de la radio y/o televisión.

El 1,7% de los padres con ingreso de 1500 a 2000 soles (ingreso medio) nadie recomendó que tome algún medicamento, el 33,9% una familia fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 28,8% un profesional no médico fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 33,9% tomó de internet y/o redes sociales la recomendación que tome algún medicamento y 1,7% como la recomendación de la radio y/o televisión.

El 0,0% de los padres con ingreso de 2000 a 3000 soles (ingreso alto) nadie recomendó que tome algún medicamento, el 16,7% una familia fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 11,1% un profesional no médico fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 72,2% tomó de internet y/o redes sociales la recomendación que tome algún medicamento y 0,0% como la recomendación de la radio y/o televisión.

Tabla 13: Relación entre el grado de instrucción y quien recomendó el medicamento que tomo el paciente pediátrico antes de acudir a emergencia

			¿Alguien recomendó que el niño(a) o menor tome un medicamento?					Total
			Nadie	Familiar	Profesional de salud NO medico	Internet Redes sociales	Radio Televisión	
¿Grado de Instrucción?	Superior Universitaria	Recuento	1	22	12	28	0	63
	Superior No Universitaria	Recuento	1	17	26	30	0	74
	Secundaria	Recuento	0	68	18	22	1	109
	Primaria	Recuento	0	52	14	3	0	69
Total		Recuento	2	159	70	83	1	315

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

PRUEBA DE CHI CUADRADO

FORMULAMOS LAS HIPOTESIS ESTADISTICAS

H1: Grado de instrucción del padre se relaciona significativamente con Quien recomendó el medicamento que tomo el paciente pediátrico antes de acudir a emergencia.

H0: Grado de instrucción del padre no se relaciona significativamente con Quien recomendó el medicamento que tomo el paciente pediátrico antes de acudir a emergencia.

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	65,443 ^a	12	0,000
N de casos válidos	315		

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

INTERPRETACION

En la prueba de hipótesis para la variable grado de instrucción del padre con quien recomendó el medicamento, se obtuvo un Chi cuadrado de 65,443 y un p value de 0,000 que es menor al nivel de significancia de 0,05 por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1, lo que implica que el grado de instrucción del padre se relaciona significativamente con quien recomendó la automedicación.

Se obtuvo que el 1,6% de los padres con grado de instrucción de superior universitaria nadie recomendó que tome algún medicamento, el 39,4% una familia fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 19,0% un profesional no medico fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 44,4% tomo de internet y/o redes sociales la recomendación que tome algún medicamento y 0,0% tomo la recomendación de la radio y/o televisión.



El 1,4% de los padres con grado de instrucción de superior no universitaria nadie recomendó que tome algún medicamento, el 23,0% una familia fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 35,1% un profesional no medico fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 40,5% tomo de internet y/o redes sociales la recomendación que tome algún medicamento y 0,0% tomo la recomendación de la radio y/o televisión.

El 0,0% de los padres con grado de instrucción de secundaria nadie recomendó que tome algún medicamento, el 62,4% una familia fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 16,5% un profesional no medico fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 20,2% tomo de internet y/o redes sociales la recomendación que tome algún medicamento y 0,9% tomo la recomendación de la radio y/o televisión.

El 0,0% de los padres con grado de instrucción de primaria nadie recomendó que tome algún medicamento, el 50,5% una familia fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 22,2% un profesional no medico fue el que recomendó que tome algún medicamento, el 26,3% tomo de internet y/o redes sociales la recomendación que tome algún medicamento y 0,3% tomo la recomendación de la radio y/o televisión.

Tabla 14: Relación entre el grado de instrucción y como considera la práctica de la automedicación

			¿Cómo considera usted la práctica de Automedicación				Total
			Buena	Normal	Peligrosa	Muy peligrosa	
¿Grado de Instrucción?	Superior Universitaria	Recuento	0	7	50	6	63
	Superior No Universitaria	Recuento	0	14	52	8	74
	Secundaria	Recuento	7	64	36	2	109
	Primaria	Recuento	3	63	2	1	69
Total		Recuento	10	148	140	17	315

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

PRUEBA DE CHI CUADRADO

FORMULAMOS LAS HIPOTESIS ESTADISTICAS

H1: Grado de instrucción del padre se relaciona significativamente con Como considera la práctica de la automedicación.

H0: Grado de instrucción del padre no se relaciona significativamente con Como considera la práctica de la automedicación.

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	138,917 ^a	9	,000
N de casos válidos	315		

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

INTERPRETACION

En la prueba de hipótesis para la variable grado de instrucción del padre con como considera la práctica de la automedicación, se obtuvo un Chi cuadrado de 138,917 y un p value de 0,000 que es menor al nivel de significancia de 0,05 por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1, lo que implica que el grado de instrucción del padre se relaciona significativamente con como considera la práctica de la automedicación.

Como se puede apreciar el 11,1% de los padres con grado de instrucción de superior universitaria considera como normal la práctica de la automedicación, 79,4% la considera como peligrosa y 9,5% la considera como muy peligrosa.

Como se puede apreciar el 18,9% de los padres con grado de instrucción de superior no universitaria considera como normal la práctica de la automedicación, 70,3% la considera como peligrosa y 10,8% la considera como muy peligrosa.

Como se puede apreciar el 6,4% de los padres con grado de instrucción de secundaria considera como buena la práctica de la automedicación, 58,7% la considera como normal, 33,0% la considera como peligrosa y 1,8% la considera como muy peligrosa

Como se puede apreciar el 4,3% de los padres con grado de instrucción de primaria considera como buena la práctica de la automedicación, 91,3% la considera como normal, 2,9% la considera como peligrosa y 1,4% la considera como muy peligrosa.

Tabla 15: Relación entre el ingreso económico familiar y como considera la práctica de la automedicación

			¿Cómo considera usted la práctica de Automedicación				Total
			Buena	Normal	Peligrosa	Muy peligrosa	
¿Cuál es el ingreso económico familiar?	Menor a 930	Recuento	10	94	31	4	139
	Entre 930 - 1500	Recuento	0	35	42	4	81
	Entre 1500 - 2000	Recuento	0	11	43	5	59
	Entre 2000 - 3000	Recuento	0	8	24	4	36
Total		Recuento	10	148	140	17	315

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

PRUEBA DE CHI CUADRADO

FORMULAMOS LAS HIPOTESIS ESTADISTICAS

H1: Ingreso económico del padre se relaciona significativamente con Como considera la práctica de la automedicación.

H0: Ingreso económico del padre no se relaciona significativamente con Como considera la práctica de la automedicación.

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	76,245 ^a	9	,000
N de casos válidos	315		

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

INTERPRETACION

En la prueba de hipótesis para la variable ingreso económico del padre con como considera la práctica de la automedicación, se obtuvo un Chi cuadrado de 76,245 y un p value de 0,000 que es menor al nivel de significancia de 0,05 por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1, lo que implica que el ingreso económico del padre se relaciona significativamente con como considera la práctica de la automedicación.

Se obtuvo que el 7,2% de los padres con ingreso económico de 930 soles a menos (ingreso mínimo) considera como buena la práctica de la automedicación, el 43,2% la considera como normal, el 51,9% la considera como peligrosa y el 4,9% la considera como muy peligrosa.

El 43,2% de los padres con ingreso económico de 930 a 1500 soles (ingreso bajo) considera como normal la práctica de la automedicación, el 51,9% la considera como peligrosa y el 4,9% la considera como muy peligrosa.

El 18,6% de los padres con ingreso económico de 1500 a 2000 soles (ingreso medio) considera como normal la práctica de la automedicación, el 72,9% la considera como peligrosa y el 8,5% la considera como muy peligrosa.

El 22,2% de los padres con ingreso económico de 2000 a 3000 soles (ingreso alto) considera como normal la práctica de la automedicación, el 66,7% la considera como peligrosa y el 11,1% la considera como muy peligrosa.

Tabla 16: Relación entre el grado de instrucción y cree que la automedicación trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico

			¿Cree que la Automedicación trae riesgos en el futuro para la salud?			Total
			Si	No	No sabe	
¿Grado de Instrucción?	Superior Universitaria	Recuento	51	1	11	63
	Superior No Universitaria	Recuento	44	9	21	74
	Secundaria	Recuento	30	60	19	109
	Primaria	Recuento	3	55	11	69
Total		Recuento	128	125	62	315

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

PRUEBA DE CHI CUADRADO

FORMULAMOS LAS HIPOTESIS ESTADISTICAS

H1: Grado de instrucción del padre se relaciona significativamente con Cree que la automedicación trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico.

H0: Grado de instrucción del padre no se relaciona significativamente con Cree que la automedicación trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico.

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	133,904 ^a	6	0,000
N de casos válidos	315		

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.



INTERPRETACION

En la prueba de hipótesis para la variable grado de instrucción del padre con Cree que la automedicación trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico, se obtuvo un Chi cuadrado de 133,904 y un p value de 0,000 que es menor al nivel de significancia de 0,05 por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1, lo que implica que el grado de instrucción del padre se relaciona significativamente con Cree que la automedicación trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico

Se obtuvo que el 81,0% de los padres con grado de instrucción de superior universitaria si trae riesgos en un futuro para la salud del paciente, 1,6% no considera que trae riesgos para la salud del paciente pediátrico y 17,5% no sabe que trae riesgos para la salud del paciente pediátrico.

El 59,5% de los padres con grado de instrucción de superior no universitaria si trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico y 12,2% no considera que trae riesgos para la salud del paciente pediátrico y 28,4% no sabe que trae riesgos para la salud del paciente pediátrico.

El 27,5% de los padres con grado de instrucción de secundaria si trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico, 55,0% no considera que trae riesgos para la salud del paciente pediátrico y 17,4% no sabe que trae riesgos para la salud del paciente pediátrico.

El 4,3% de los padres con grado de instrucción de primaria si trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico, 79,7% no considera que trae riesgos para la salud del paciente pediátrico y 15,9% no sabe que trae riesgos para la salud del paciente pediátrico.

Tabla 17: Relación entre el ingreso económico familiar y cree que la automedicación trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico

			¿Cree que la Automedicación trae riesgos en el futuro para la salud?			Total
			Si	No	No sabe	
¿Cuál es el ingreso económico familiar?	Menor a 930	Recuento	19	91	29	139
	Entre 930 - 1500	Recuento	36	26	19	81
	Entre 1500 - 2000	Recuento	45	4	10	59
	Entre 2000 - 3000	Recuento	28	4	4	36
Total		Recuento	128	125	62	315

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

PRUEBA DE CHI CUADRADO

FORMULAMOS LAS HIPOTESIS ESTADISTICAS

H1: Ingreso económico familiar se relaciona significativamente con Cree que la automedicación trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico.

H0: Ingreso económico familiar no se relaciona significativamente con Cree que la automedicación trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico.

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	106,042 ^a	6	0,000
N de casos válidos	315		

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.



INTERPRETACION

En la prueba de hipótesis para la variable ingreso económico del padre con Cree que la automedicación trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico, se obtuvo un Chi cuadrado de 106,042 y un p value de 0,000 que es menor al nivel de significancia de 0,05 por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1, lo que implica que el ingreso económico del padre se relaciona significativamente con Cree que la automedicación trae riesgos en un futuro para la salud del paciente pediátrico.

Se obtuvo que el 13,7% de los padres con ingreso económico familiar de 930 soles a menos (ingreso mínimo) refieren que si trae riesgos en un futuro para la salud del paciente, 65,5% refieren que no consideran que trae riesgos para la salud del paciente pediátrico y 20,9% no sabe si trae riesgos para la salud del paciente pediátrico.

El 44,4% de los padres con ingreso económico familiar de 930 a 1500 soles (ingreso bajo) refieren que, si trae riesgos en un futuro para la salud del paciente, 32,1% refieren que no consideran que trae riesgos para la salud del paciente pediátrico y 23,5% no sabe si trae riesgos para la salud del paciente pediátrico.

El 76,3% de los padres con ingreso económico familiar de 1500 a 2000 soles (ingreso mediano) refieren que, si trae riesgos en un futuro para la salud del paciente, 6,8% refieren que no consideran que trae riesgos para la salud del paciente pediátrico y 16,9% no sabe si trae riesgos para la salud del paciente pediátrico.

El 77,8% de los padres con ingreso económico familiar de 2000 a 3000 soles (ingreso alto) refieren que, si trae riesgos en un futuro para la salud del paciente, 11,1% refieren que no consideran que trae riesgos para la salud del paciente pediátrico y 11,1% no sabe si trae riesgos para la salud del paciente pediátrico.

Tabla 18: Relación entre el grado de instrucción de los padres y que tipo de tratamiento prefiere

			¿Qué tipo de tratamiento prefiere?			Total
			Natural	Farmacológico	Ambos	
¿Grado de Instrucción?	Superior Universitaria	Recuento	36	19	8	63
	Superior No Universitaria	Recuento	43	8	23	74
	Secundaria	Recuento	28	15	66	109
	Primaria	Recuento	1	10	58	69
Total		Recuento	108	52	155	315

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

PRUEBA DE CHI CUADRADO

FORMULAMOS LAS HIPOTESIS ESTADISTICAS

H1: Grado de instrucción se relaciona significativamente con Que tipo de tratamiento prefiere.

H0: Grado de instrucción no se relaciona significativamente con Que tipo de tratamiento prefiere.

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	97,021 ^a	6	,000
N de casos válidos	315		

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.



INTERPRETACIÓN

En la prueba de hipótesis para la variable grado de instrucción del padre qué tipo de tratamiento prefiere, se obtuvo un Chi cuadrado de 97,021 y un p value de 0,000 que es menor al nivel de significancia de 0,05 por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1, lo que implica que el grado de instrucción del padre se relaciona significativamente con qué tipo de tratamiento prefiere.

Se obtuvo que el 57,1% de los padres con grado de instrucción de superior universitaria prefieren el tratamiento natural, 30,2% prefiere el tratamiento farmacológico y 12,7% prefiere ambos tipos de tratamiento.

El 58,1% de los padres con grado de instrucción de superior no universitaria prefieren el tratamiento natural, 10,8% prefiere el tratamiento farmacológico y 31,1% prefiere ambos tipos de tratamiento.

El 25,7% de los padres con grado de instrucción de secundaria prefieren el tratamiento natural, 13,8% prefiere el tratamiento farmacológico y 60,6% prefiere ambos tipos de tratamiento.

El 1,4% de los padres con grado de instrucción de primaria prefieren el tratamiento natural, 14,5% prefiere el tratamiento farmacológico y 84,1% prefiere ambos tipos de tratamiento.

Tabla 19: Relación entre el ingreso económico familiar y que tipo de tratamiento prefiere

			¿Qué tipo de tratamiento prefiere?			Total
			Natural	Farmacológico	Ambos	
¿Cuál es el ingreso económico familiar?	Menor a 930	Recuento	24	17	98	139
	Entre 930 - 1500	Recuento	30	7	44	81
	Entre 1500 - 2000	Recuento	29	19	11	59
	Entre 2000 - 3000	Recuento	25	9	2	36
Total		Recuento	108	52	155	315

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

PRUEBA DE CHI CUADRADO

FORMULAMOS LAS HIPOTESIS ESTADISTICAS

H1: Ingreso económico se relaciona significativamente con Que tipo de tratamiento prefiere.

H0: Ingreso económico no se relaciona significativamente con Que tipo de tratamiento prefiere.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	82,042 ^a	6	0,000
N de casos válidos	315		

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.



INTERPRETACION

En la prueba de hipótesis para la variable ingreso económico del padre con qué tipo de tratamiento prefiere, se obtuvo un Chi cuadrado de 82,042 y un p value de 0,000 que es menor al nivel de significancia de 0,05 por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1, lo que implica que el ingreso económico del padre se relaciona significativamente con qué tipo de tratamiento prefiere.

Se obtuvo que el 17,3% de los padres con ingreso económico familiar de 930 soles a menos prefieren el tratamiento de tipo natural, 12,2% prefieren tratamiento de tipo farmacológico y 70,5% prefieren ambos tratamientos.

El 37,0% de los padres con ingreso económico familiar de 930 a 1500 soles prefieren el tratamiento de tipo natural, 8,6% prefieren tratamiento de tipo farmacológico y 54,3% prefieren ambos tratamientos.

El 49,2% de los padres con ingreso económico familiar de 1500 a 2000 soles prefieren el tratamiento de tipo natural, 32,2% prefieren tratamiento de tipo farmacológico y 18,6% prefieren ambos tratamientos.

El 69,4% de los padres con ingreso económico familiar de 2000 a 3000 soles prefieren el tratamiento de tipo natural, 25,0% prefieren tratamiento de tipo farmacológico y 5,6% prefieren ambos tratamientos.

Tabla 20: Relación entre el síndrome del paciente y la edad pediátrica

			¿Síndrome percibido por el padre del paciente?				Total
			Síndrome Febril	Síndrome respiratorio	Síndrome diarreico	Síndrome doloroso	
¿Qué edad tiene el Niño(a) o menor?	0 - 29 días	Rec	10	0	1	0	11
	1 - 6 meses	Rec	166	16	8	0	190
	6m - 2 años	Rec	48	37	0	5	90
	2 - 6 años	Rec	12	9	0	1	22
	6 - 12 años	Rec	2	0	0	0	2
Total		Rec	238	62	9	6	315

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

PRUEBA DE CHI CUADRADO

FORMULAMOS LAS HIPOTESIS ESTADISTICAS

H1: La edad del paciente pediátrico se relaciona significativamente con El síndrome percibido por el padre.

H0: La edad del paciente pediátrico no se relaciona significativamente con El síndrome percibido por el padre.



Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	68,953 ^a	12	,000
N de casos válidos	315		

Fuente: Encuesta de recolección de datos y elaboración propia.

INTERPRETACION

En la prueba de hipótesis para la variable edad del paciente pediátrico con síndrome percibido por el padre, se obtuvo un Chi cuadrado de 68.953 y un p value de 0,000 que es menor al nivel de significancia de 0,05 por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1, lo que implica que la edad del paciente pediátrico se relaciona significativamente con el síndrome percibido por el padre.

Se obtuvo que el 90,9% de los pacientes entre la edad de 0 a 29 días presentaron síndrome febril y el 9,1% presento síndrome diarreico.

El 87,4% de los pacientes entre la edad de 1 a 6 meses presentaron síndrome febril, el 8,4% presento síndrome respiratorio y 4,2% presento síndrome diarreico.

El 53,3% de los pacientes entre la edad de 6 meses a 2 años presentaron síndrome febril, el 41,1% presento síndrome respiratorio y el 5,6% presento síndrome respiratorio

El 54,5% de los pacientes entre la edad de 2 años a 6 años presentaron síndrome febril, el 40,9% presento síndrome respiratorio y 4,5% presento síndrome respiratorio.

El 100,00% de los pacientes entre la edad de 6 años a 12 años presentaron síndrome febril.



❖ CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS FRENTE A LA AUTOMEDICACION

El 100,00% de los padres afirmo que se había automedicado alguna vez. El 3,17% de padres la considera la automedicación como buena, el 46,98% la considera como normal, el 44,44% la considera como peligrosa y el 5,40% la considera como muy peligrosa. El 23,49% de padres saben lo básico de los medicamentos, el 66,03% sabe poco de los medicamentos y 10,48% no sabe nada sobre los medicamentos que usa para la automedicación. El 16,51% de los padres si tenía prescripción médica del medicamento y el 83,49% no tenía prescripción médica del medicamento.

El 0,63% de los padres tomo la decisión de brindarle medicamentos a su hijo por iniciativa propia, en el 50,48% un familiar fue el que recomendó el medicamento, en el 22,22% fue un profesional no medico el que recomendó el medicamento, el 26,35% fue internet y/o redes sociales en las cuales el padre obtuvo recomendación del medicamento y el 0,32% fue la radio y/o televisión la que recomendó el medicamento.

El 71,75% de los padres aseguran que el medicamento fue comprado y en el 28,25% tenían en la casa y/o botiquín el medicamento que fue administrado al paciente pediátrico.

El 47,94% de los padres si consideran que fue automedicación y el 52,06% no consideran que fue automedicación brindarles medicamentos a su hijo.

El 40,63% de los padres cree que si traería riesgos a futuro para el paciente pediátrico, el 39,68% no cree que traería riesgos a futuro para el paciente pediátrico y el 19,68% no sabe si traería riesgos al futuro para el paciente pediátrico.

El 34,29% de los padres prefieren los tratamientos naturales (plantas medicinales), el 16,51% de los padres prefieren el tratamiento farmacológico y el 49,21% prefieren el uso de ambos tipos de tratamiento.

Tabla 21: Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la automedicación

Aspecto evaluado		Porcentaje
El padre/tutor se automedico	Si	100,00
	No	0,00
Considera la práctica de la automedicación como:	Buena	3,17
	Normal	46,98
	Peligrosa	44,44
	Muy peligrosa	5,40
Conocimiento sobre los medicamentos:	Sabe lo básico	23,49
	Sabe poco	66,03
	No sabe nada	10,48
Tenía prescripción medica	Si	16,51
	No	83,49
Persona que recomendó los medicamentos brindados al menor	Nadie	0,63
	Familiar	50,48
	Profesional no medico	22,22
	Internet, redes sociales	26,35
	Radio y/o televisión	0,32
Procedencia del medicamento	Comprado	71,75
	Tenía en casa/botiquín	28,25
Consideran que fue automedicación brindarle medicamentos a su hijo	Si	47,94
	No	52,06
El padre cree que si traería riesgos a futuro para el paciente pediátrico	Si	40,63
	No	39,68
	No sabe	19,68
Tipo de tratamiento prefieren	Natural	34,29
	Farmacológico	16,51
	Ambos	49,21



INTERPRETACION

La totalidad de padres refiere que si practicaron la automedicación en ellos mismos con anterioridad.

La mayoría de padres considera la práctica de la automedicación como una práctica normal o habitual, los padres saben poco de los medicamentos que brindan a sus hijos y no cuentan con una prescripción médica.

Casi la totalidad de padres confía la salud de sus hijos en familiares, profesionales no médicos e incluso internet y redes sociales. Y que es muy fácil adquirir medicamentos sin receta médica.

La mayoría de padres no considera los riesgos de esta práctica para el futuro de la salud de sus hijos o no sabe sobre si traerá riesgos o no.

Y que en nuestro medio los padres prefieren el uso de medicina tradicional conjuntamente con el uso de fármacos para tratar sus enfermedades.

4.2 DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis alternativa general que establece que, si existen características relacionadas con la práctica de la automedicación impuesta por padres/tutores en pacientes pediátricos ingresados a emergencia del HRMNB de Puno, periodo diciembre - marzo 2020.

Estos resultados guardan relación con lo que sostuvo Zeballos (2015), Churata (2016), Sanchez (2017), Vargas (2018), Enriquez (2018), y Prato (2018). Estos autores expresan que si existen características relacionadas con la práctica de la automedicación en pacientes pediátricos pero también abordan otras variables que en este estudio no se tratan. Lo primero es acorde con lo que en este estudio se halla.

En lo que respecta a la frecuencia de la automedicación por padres y/o tutores antes de ingresar a emergencia en nuestro estudio fue del 100%. Este resultado guarda relación con Zeballos (2015). En cambio Vargas (2018) encontró un 69,78% de los padres que automedicaron a sus hijos, Churata (2016) encontró que un 23,8% de los padres que automedicaron a sus hijos, Valenzuela (2017) en España encontró que la frecuencia total de automedicación es del 32,8% en pacientes pediátricos y Prato (2018) en Venezuela, la frecuencia de automedicación fue del 80,95% en pacientes pediátricos.

En cuanto lo que respecta a la relación del grado de instrucción e ingreso económico y la variable de que si los padres consideran que fue automedicación, se encontró que mientras más alto sea el grado de instrucción y mayor sea el ingreso económico si consideran que fue automedicación lo cual concuerda con Vargas (2018) y Sanchez (2017) que también abordan las variables económicas y culturales pero con resultados similares en este aspecto.

En cuanto lo que respecta a la relación del grado de instrucción e ingreso económico y la variable cuanto cree saber sobre los medicamentos utilizados para la



automedicación, se encontró que mientras más alto sea el grado de instrucción y mayor sea el ingreso económico de los padres, estos tienen más conocimiento básico de los medicamentos que usan para sus hijos lo cual concuerda con Valenzuela (2017) pero en una proporción similar.

En cuanto lo que respecta a la relación del grado de instrucción e ingreso económico y la variable quien recomendó el medicamento para la automedicación, se encontró que mientras más alto sea el grado de instrucción y mayor sea el ingreso económico de los padres, estos tienen más afinidad por acudir a internet y redes sociales sobre que medicamentos brindan sus hijos y si los padres tienen menos grado de instrucción e ingreso económico tienen más afinidad por los familiares y profesionales de salud no médicos los cuales recomiendan los medicamentos con los que automedican a los pacientes lo que concuerda con Vargas (2018) y Churata (2016) pero estos lo estudian en el ámbito de los antibióticos.

En cuanto lo que respecta a la relación del grado de instrucción e ingreso económico y la variable como considera la práctica de la automedicación se encontró que mientras más alto sea el grado de instrucción y mayor sea el ingreso económico de los padres, estos consideran como peligrosa a la automedicación y si los padres tienen menos grado de instrucción e ingreso económico consideran la práctica de la automedicación como normal a buena lo que concuerda con Valenzuela (2017), en cambio Vargas (2018) expone que a mayor grado de instrucción y mayor ingreso económico consideran a la automedicación como una práctica normal.

En cuanto lo que respecta a la relación del grado de instrucción e ingreso económico y la variable de si creen que la práctica de la automedicación traerá riesgos para el futuro del paciente pediátrico se encontró que mientras más alto sea el grado de instrucción y mayor sea el ingreso económico de los padres, estos consideran que si traerá



riesgos para la salud futura del paciente pediátrico y si los padres tienen menos grado de instrucción e ingreso económico, los padres no consideran que conllevara riesgos para la salud futura del paciente pediátrico lo que concuerda con Prato (2018) en una proporción similar a la que se halla en este estudio.

En cuanto lo que respecta a la relación del grado de instrucción e ingreso económico y la variable de qué tipo de tratamiento prefieren para el paciente pediátrico, se encontró que mientras más alto sea el grado de instrucción y mayor sea el ingreso económico de los padres, estos prefieren el tratamiento de tipo natural y si los padres tienen menos grado de instrucción e ingreso económico prefieren el uso de ambos tipos de tratamiento.

En cuanto lo que respecta a la relación de la edad del paciente pediátrico y la variable que síntoma percibió el padre, se encontró que en los menores de 6 meses el principal síndrome fue el febril, y de ahí en adelante van apareciendo notoriamente los demás síndrome pero siempre prevalece el síndrome febril lo cual concuerda con Churata (2016), Enríquez (2018) y Valenzuela (2017) solo que en distintas proporciones.



V. CONCLUSIONES

1. En esta tesis se determinó mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson que los factores más importantes asociados a la prevalencia de automedicación en pacientes pediátricos, previo a su ingreso al servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, fueron el grado de instrucción e ingreso económico.
2. La frecuencia de la automedicación por parte de los padres de los pacientes pediátricos, previo a su ingreso al Servicio de Emergencia fue la totalidad de la población de estudio.
3. Se obtuvo que cuanto más alto sea el grado de instrucción y mayor sea el ingreso económico mensual, los padres si consideran que fue automedicación brindarle medicamentos a su hijo antes de acudir a emergencia.
4. Se encontró que cuanto más alto sea el grado de instrucción y mayor sea el ingreso económico, tienen más conocimientos básicos de los medicamentos que usan para sus hijos.
5. Se obtuvo que cuanto más alto sea el grado de instrucción y mayor sea el ingreso económico, los padres tienen más afinidad por acudir a internet y redes sociales sobre la automedicación impuesta a sus hijos y cuanto menor sea el grado de instrucción de los padres y menor el ingreso económico mensual tienden a acudir a los familiares y a profesionales de salud no médicos sobre la automedicación impuesta a sus hijos.
6. Se encontró que cuanto más alto sea el grado de instrucción y mayor sea el ingreso económico, los padres consideran como peligrosa a la automedicación impuesta a sus hijos y cuanto menor sea el grado de instrucción e ingreso económico, los padres consideran la práctica de la automedicación impuesta a sus hijos como una actividad normal a buena.



7. Se obtuvo que cuanto más alto sea el grado de instrucción y mayor sea el ingreso económico, los padres consideran que, la automedicación impuesta si traerá riesgos para el futuro del paciente pediátrico y cuanto menor sea el grado de instrucción e ingreso económico no consideran que conllevara riesgos para el futuro del paciente pediátrico.
8. Se encontró que cuanto más alto sea el grado de instrucción y mayor sea el ingreso económico, los padres prefieren el tratamiento de tipo natural y cuanto menor sea el grado de instrucción e ingreso económico prefieren el uso de ambos tipos de tratamiento.
9. Se obtuvo que en los menores de 6 meses, el principal síndrome fue el febril y de ahí en adelante van apareciendo notoriamente los demás síndromes, pero siempre prevalece el síndrome febril.



VI. RECOMENDACIONES

1. Concientizar a la población acerca de la prioridad de la atención médica en los pacientes pediátricos, ya que no se puede permitir la medicación de los mismos por personal no capacitado, internet, o que terceros decidan por la salud de sus hijos.
2. Concientizar a los profesionales no médicos, a no cometer intrusismo, ya que es ilegal y se debe respetar a los profesionales médicos por su larga trayectoria en el campo y estudio de la medicina, puesto que son los únicos profesionales que pueden brindar una receta médica.
3. Se recomienda la necesidad de implementar medidas preventivas y educacionales en la población, pues la mayor parte de las enfermedades respiratorias que son las que prevalecen en emergencias tienen origen viral y que no necesitan antibioticoterapia y que esto es un riesgo grande para la salud en un futuro.
4. Realizar nuevos trabajos que permitan ampliar, analizar e identificar otros factores de riesgo asociados a la automedicación impuesta por padres y/o tutores, y de este modo aumentar la significancia de los resultados hallados.
5. La intervención del Colegio Médico del Perú y DIGEMID para regular la venta indiscriminada de medicamentos sin receta médica por parte de farmacias, boticas e incluso bodegas.



VII. REFERENCIAS

1. Mira J, Navarro I, Guilabert M, Aranaz J. Frecuencia de errores de los pacientes con su medicación. *Ren Panam Salud Pública* 2009; 31(2): 95-101 [citado el 20 de febrero del 2020] Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n2/a01v31n2.pdf>
2. Ruiz A, Pérez A. Automedicación y términos relacionados: una reflexión conceptual. *Rev. Ciencia Salud* 2011; 9(1): 83- 97. <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/1551/1382>
3. Mira J, Navarro I, Guilabert M, Aranaz J. Frecuencia de errores de los pacientes con su medicación. *Ren Panam Salud Pública* 2012; 31(2): 95-101. [citado el 20 de febrero del 2020] Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n2/a01v31n2.pdf>
4. Sánchez C, Nava M. Análisis de la automedicación como problema de salud. *Rev Enf Nurol (Mex)* 2012; 11(3):159-162. [citado el 20 de febrero del 2020] Disponible en www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123h.pdf
5. Vargas, S. Factores asociados a la automedicación en población pediátrica, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero 2018. [citado el 20 de febrero del 2020] Disponible en <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1768>
6. Nunjar E. Evaluación de las características de la automedicación indirecta en pacientes de Odontopediatría de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas filial Piura 2017. [citado el 20 de febrero del 2020] Disponible en <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/7511>
7. Ccasaya A. Conocimiento y actitudes en el uso racional de antimicrobianos en el personal médico de los departamentos de medicina, cirugía, pediatría, uci y ginecología, en el Hospital Nacional Dos de Mayo, noviembre 2016; 2017.



- [citado el 20 de febrero del 2020] Disponible en <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1010>
8. Churata P. Caracterización de la automedicación con antibióticos en emergencia de pediatría del Hospital regional de Ayacucho, periodo octubre – diciembre 2016; 2017
 9. Zevallos L. Prevalencia de automedicación en niños de la institución educativa 525 Houston, Nuevo Chimbote. Ciencias de la Salud.; 2015; 2(2): 272- 280
 10. Enríquez V. Factores asociados en la automedicación por poderes en niños menores de cinco años. centro de salud n°1 Ibarra ;2018 [citado el 20 de febrero del 2020] Disponible en <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9478>
 11. Aguilar M, Chávez K. Automedicación con antibióticos en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Villa Libertad y Roger Osorio, I semestre, Otra thesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2017 [citado el 20 de febrero del 2020] Disponible en <http://repositorio.unan.edu.ni/9820/>
 12. Valenzuela M. Factores condicionantes de la automedicación 'por poderes' en pediatría. Granada: Universidad de Granada. ; 2017 [citado el 20 de febrero del 2020] Disponible en <http://hdl.handle.net/10481/48859>
 13. Prato Y. Automedicación en pacientes pediátricos con diarrea atendidos en la emergencia del hospital de niños doctor Jorge Lizárraga; 2018.
 14. Sánchez M. Características clínicas y socio-demográficas de pacientes pediátricos que se automedican en el servicio de emergencia del hospital Moreno Vázquez, enero a junio del 2017; 2017 [citado el 20 de febrero del 2020] Disponible en <http://186.5.103.99/handle/reducacue/7475/statistics>



15. Baos V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. *Inf Ter Sist Nac Salud*; 2000; 24(6):147-52
16. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill; 1991.
17. Cavanagh S. *Modelo de Orem. Aplicación práctica*. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.
18. Denles M, Orem D, SozWiss G. Self-care: a foundational science. *Nursing Science Quarterly*; 2001; 14(1):8-54
19. Dean KJ, Holts E, Wagner MG.. Self-care of common illness in Denmark. *Med Care*; 1938; 21:1012-32
20. Haug MR, Wykle ML, Namazi KH. Self-care among older adults. *Soc Sci Med*; 1989; 29:171-83
21. Benzent N, Christiansen T, Pedersen KM. Self-care within a model for demand for medical care. *Soc Sci Med.*; 1989; 29:185-93
22. Dean KJ, Holts E, Wagner MG. Self-care of common illness in Denmark. *Med Care*; 1983; 21:1012-32
23. Stoller EP, Forster LE, Portugal S. Self-care responses to symptoms by older people: a health diary study of illness behavior. *Med Care*; 1993; 31:24-42
24. Berkanovic E, Telesky C, Reeder S. Structural and social psychological factors in the decision to seek medical care for symptoms. *Med Care*; 1981; 19:693-709
25. Lydeard S. Jones R. Factors affecting the decision to consult with dyspepsia: comparison of consulters and non-consulters. *J R Coll Gen Pract*; 1989; 39:495-98
26. Benzent N, Christiansen T, Pedersen KM. Self-care within a model for demand for medical care. *Soc Sci Med*; 1989; 29:185-93



27. Rogers A. A patient led NHS. Managing demand at the interface between lay and primary care. *BMJ*; 1998; 316:1816-19
28. Benzert N, Christiansen T, Pedersen KM. Self-care within a model for demand for medical care. *Soc Sci Med*; 1989; 29:185-93
29. Holt GA et al. The self-care movement. In: American Pharmacists Association (editors). *Handbook of Nonprescription Drugs*. 9th ed. Washington: The Association; 1990; 1-10.
30. Hedvall MB. Towards a research programme for self-medication. *J Soc Adm Pharm*; 1990; 7(4):156-62.
31. Laporte JR, Castel JM. El médico ante la automedicación. *Med Clin*; 1992.
32. Laporte JR. Automedicación. ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? *Med Clin*; 1997; 109:795-96.
33. Holt GA et al. The self-care movement. In: American Pharmacists Association (editors). *Handbook of Nonprescription Drugs*. 9th ed. Washington: The Association; 1990.
34. Thomas DHT et al. The interface between self medication and the NHS. *BMJ*; 1996; 312:688-691.
35. Krinsky DL, Hume AL, Ferreri SP. The Practitioner's Role in Self-Care. In: Krinsky DL et al (editors). *Handbook of Nonprescription Drugs*. 18th ed. Washington: Edition American Pharmacists Association (APhA); section I: chapter 1-4; 2014.
36. AMM. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la automedicación. Asamblea general de la AMM, Washington; 2002. [citado el 20 de febrero del 2020] Disponible en <http://www.wma.net/s/policy/s7.htm>



37. Holt GA et al. The self-care movement. In: American Pharmacists Association (editors). Handbook of Nonprescription Drugs. 9th ed. Washington: The Association; 1990; 1-10.
38. Cranz H. Health economics and self-medication. J Soc Adm Pharm; 1990; 7(4)
39. Geest SV. Self-medication in developing countries. J Soc Adm Pharm; 1990; 7(4):199-204.
40. Cranz H. Over-the-counter drugs. The issues. Drug Saf; 1990; 5(supl 1):120-125.
41. Lunde I. Self-care: what is it? J Soc Adm Pharm; 1990; 7(4):150-5
42. Yusuff KB, Wassi SA. Itinerant vending of medicines inside buses in Nigeria: vending strategies, dominant themes and medicine-related information provided. Pharmacy Practice; 2011; 9(3):128-35
43. Mant A et al. Over-the-counter self-medication. Drugs Aging; 1992; 2(4):257-261.
44. Blenkinsopp A et al. Patients, society, and the increase in self medication. BMJ; 1996; 312:629-632.
45. AMM. Declaración de la Asociación Medica Mundial sobre la automedicación. Asamblea general de la AMM, Washington; 2002; [citado el 20 de febrero del 2020] Disponible en <http://www.wma.net/s/policy/s7.htm>
46. Ramírez D, Larrubia O, Escortell E, Martínez R. La automedicación responsable, la publicidad farmacéutica y su marco en la Atención Primaria. Semergen; 2006; 32(3):117-24
47. Baos V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. Inf Ter Sist Nac Salud; 2000; 24(6):147-52
48. Orueta R, Gómez RM, Sánchez A. Actualización en Medicina de Familia. Automedicación. Semergen; 2008; 34(3):138-42



49. Cranz H. Over-the-counter drugs. The issues. *Drug Saf*; 1990; 5(suppl 1):120-125.
50. Lunde I. Self-care: what is it? *J Soc Adm Pharm*; 1990; 7(4):150-5
51. Cranz H. (1990). Health economics and self-medication. *J Soc Adm Pharm.*;7(4)
52. Yusuff KB, Wassi SA. (2011). Itinerant vending of medicines inside buses in Nigeria: vending strategies, dominant themes and medicine-related information provided. *Pharmacy Practice*. 9(3):128-35
53. Holt GA et al. The self-care movement. In: American Pharmacists Association (editors). *Handbook of Nonprescription Drugs*. 9th ed. Washington: The Association; 1990; 1-10.
54. Cranz H. Health economics and self-medication. *J Soc Adm Pharm*; 1990; 7(4):184-9
55. Lunde I. Self-care: what is it? *J Soc Adm Pharm*; 1990; 7(4):150-5
56. Orueta R, Gómez RM, Sánchez A. Actualización en Medicina de Familia. Automedicación. *Semergen*; 2008; 34(3):138-42
57. Blenkinsopp A, et al. Patients, society, and the increase in self medication. *BMJ*; 1996; 312:629-632.
58. Llauger MA, Contijoch C. Autocuidados y atención primaria. *Aten Primaria*; 1997; 19:267- 70.
59. De la Flor i Bru J. Infecciones de vías respiratorias altas-1: resfriado común. *Pediatría Integral*; 2013; 17(4):241-61
60. Geest SV. Self-medication in developing countries. *J Soc Adm Pharm*; 1990; 7(4):199-204.
61. Fernández A, Mintegi S, Martínez MJ. Intoxicación por paracetamol en menores de 6 meses: error de dosificación. *An Pediatr*; 2004; 60:177-9
62. Lunde I. Self-care: what is it? *J Soc Adm Pharm*; 1990; 7(4):150-5



63. Yusuff KB, Wassi SA. Itinerant vending of medicines inside buses in Nigeria: vending strategies, dominant themes and medicine-related information provided. *Pharmacy Practice*; 2011; 9(3):128-35
64. Holt GA et al. The self-care movement. In: American Pharmacists Association (editors). *Handbook of Nonprescription Drugs*. 9th ed. Washington: The Association; 1990; 1-10.
65. Lunde I. Self-care: what is it? *J Soc Adm Pharm*; 1990; 7(4):150-5
66. Mant A et al. Over-the-counter self-medication. *Drugs Aging*; 1992; 2(4):257-261.
67. Ramírez D, Larrubia O, Escortell E, Martínez R. La automedicación responsable, la publicidad farmacéutica y su marco en la Atención Primaria. *Semergen*; 2006; 32(3):117-24
68. Borrajo C, Arribas A. Automedicación en Enfermería. *Rev Rol Enferm*; 2004; 27(7-8):486-90
69. Orueta R, Gómez RM, Sánchez A. Actualización en Medicina de Familia. Automedicación. *Semergen*; 2008; 34(3):138-42
70. Vacas E, Castella I, Sánchez M, Pujol A, Pallarés MC, Balagué M. Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero. *Aten Primaria*; 2009; 41 (5):269-74
71. Abanades S, Peiró AM, Farré M. Club drugs. Los viejos fármacos son las nuevas drogas de la fiesta. *Med Clin*; 2004; 123 (8):305-11
72. Gastelurrutia MA, Larrañaga B, Garay A, Echeveste FA, Fernández-Llimos F. Impact of a program to reduce the dispensing of antibiotics without a prescription in Spain. *Pharmacy practice*; 2013; 11(4):185-90



73. BOE. Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 177, de 25 de julio de 2013; 2013; pp 54488-529.
74. Jubete MJ. Automedicación en España ¿Qué podemos hacer? Aten Primaria; 2004; 34(8):445-6
75. Baos V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. Inf Ter Sist Nac Salud; 2000; 24(6):147-52
76. Orueta R, Gómez RM, Sánchez A. Actualización en Medicina de Familia. Automedicación. Semergen; 2008; 34(3):138-42
77. OMS. Atención Primaria de Salud (Alma-Ata-URSS-1978). Ginebra: Serie Salud para todos; 1978; nº 1 (ISBN 9243541358)
78. Lunde I. Self-care: what is it? J Soc Adm Pharm; 1990; 7(4):150-5
79. Mant A et al. Over-the-counter self-medication. Drugs Aging; 1992; 2(4):257-261.
80. Yusuff KB, Wassi SA. Itinerant vending of medicines inside buses in Nigeria: vending strategies, dominant themes and medicine-related information provided. Pharmacy Practice; 2011; 9(3):128-35
81. Blenkinsopp A et al. Patients, society, and the increase in self-medication. BMJ; 1996; 312:629-632.



82. Martínez L. Percepción de la automedicación con antibióticos en los usuarios externos en un Hospital público en Lima [Tesis]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2013.
83. Mestanza F, Pamo O. Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. *Rev Med Hered*; 1992; 3(3): 101-108.
84. Llanos L. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Rev Med Hered*; 2001; 12(4).
85. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española* (23. ed.); 2014.
86. Torres C. La Resistencia bacteriana a los antibióticos, siete décadas después de Fleming. Academia de Farmacia “Reino de Aragón”. Colegio oficial de farmacéuticos de Zaragoza. España; 2012; p. 16.
87. Lupiani MP, Rodríguez CR. Uso racional de antibióticos en Pediatría a través de casos clínicos. En AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2014*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2014; p. 145-57.
88. Torres C. La resistencia bacteriana a los antibióticos ¿Cuestión de inteligencia o de azar? Lección inaugural del curso académico 2007-2008. Servicio Publicaciones de la Universidad de La Rioja; 2012.
89. Torres C. La Resistencia bacteriana a los antibióticos, siete décadas después de Fleming. Academia de Farmacia “Reino de Aragón”. Colegio oficial de farmacéuticos de Zaragoza. España; 2012; p. 16.
90. Campos J. La resistencia a antibióticos: un problema pediátrico. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2006*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006; p.61-7.
91. Campos J. La resistencia a antibióticos: un problema pediátrico. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2010*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010; p.61-7



92. Resi D, Milandri M, Moro ML. Emilia Romagna study group on the use of antibiotics in children. Antibiotic prescriptions in children. *J Antimicrob Chemother*; 2003; 52:282-6.
93. Ley general de salud del Peru; 2001.
94. Hermoza R, et al. Automedicación en un distrito de Lima Metropolitana, Perú. *Rev Med Hered*; 2016; 27: 15-21.
95. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Washington, DC: US Government Printing Office; 1979.



ANEXOS

ANEXO N° 1. VALIDACION DE INSTRUMENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENCUESTA

**FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN IMPUESTA POR
PADRES/TUTORES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS A
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN DE
PUNO, PERIODO DICIEMBRE - MARZO 2020.**

CARLOS QUISPE QUISPE
CNP 3115 / RNE 202110130
Médico Pediatra

Esta encuesta tiene la finalidad, de recolectar datos de los factores que influyen en la automedicación en pacientes que acuden al tópico de pediatría del servicio de emergencia del hospital Manuel Núñez Butrón de Puno

Su llenado le tomará alrededor de 05 minutos. Su participación es voluntaria y sus respuestas serán anónimas y tratadas con fines estadísticos y de investigación, por lo que no serán analizados de forma individual. Por favor, trate de ser lo más sincera/o posible.

La información que Usted aporte es realmente valiosa para la investigación.

Los resultados de esta investigación son para conocer los factores que influyen en la automedicación en pacientes que acuden al tópico de pediatría del servicio de emergencia del hospital Manuel Núñez Butrón de Puno, los cuales serán publicados en formato de tesis en repositorio de la Universidad Nacional del Altiplano con el mismo título de esta encuesta, de antemano se le agradece su participación.

Dr. Oliver Chevarría C.
MÉDICO PEDIATRA
CNP 29877 - RNE 30842

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACEPTO PARTICIPAR EN LA ENCUESTA

SI

NO

Gracias por su participación.

Atentamente

Tony Marlín Quispe Pérez
Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional del Altiplano Puno

ALFONSO CHAVARRÍA MESTAB
MÉDICO PEDIATRA
CNP. 48440

	6) Otros
--	----------

7.	¿Alguna vez se auto medicó?	1) Si *
		2) No
8.	*En caso sea (SI) la respuesta anterior: ¿Cuándo fue la última vez que lo hizo?	1) Esta semana
		2) Menos de un mes
		3) Menos de un año
		4) Hace más de un año
9.	¿Cómo considera la práctica de AUTOMEDICACIÓN?	1) Muy Buena
		2) Buena
		3) Normal
		4) Peligrosa
		5) Muy Peligrosa
10.	¿Cuánto cree usted que sabe sobre medicamentos?	1) Bastante
		2) Lo básico
		3) Poco
		4) Nada
11.	¿Qué edad tiene el niño(a) o menor?	1) 0 – 29 días
		2) 1 – 6 meses
		3) 6 meses – 2 años
		4) 2 años - 6 años
		5) 6 años – 12 años
		6) 12 años - 14 años
12.	¿El niño(a) o menor tomó algún(os) medicamento(s), antes de venir a Emergencia?	1) Si*
		2) NO
13.	*En caso sea (SI) la respuesta anterior, responda las siguientes preguntas: ¿Qué medicamento(s) tomó el niño(a) o menor? (SI TIENE DUDAS PREGUNTEME)	1) Antibióticos, ¿recuerda cuál o cuáles?
		2) Antipiréticos (para bajar la fiebre)
		3) Analgésicos, ¿Recuerda cuál o cuáles?
		4) Antigripal, ¿Recuerda cuál o cuáles?
		5) Digestivos, ¿Recuerda cuál o cuáles?
		6) Otros

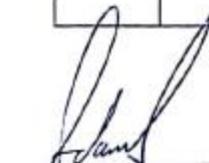
CARLOS A. VÁSQUEZ CUENCA
CAPACITADOR EN PSYCHOLOGY
PEDAGOGO

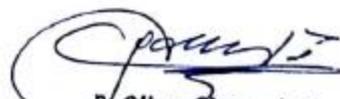
[Signature]
D. OLIVERA GARCÍA C.
MÉDICO PEDIATRA
CMP 29077 - RNE 30842

[Signature]
ALFREDO CHAVEZ MESTAS
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 46440



14.	¿Cuánto tiempo tomó el medicamento?	1) < 1 día
		2) 1 > - < 3 días
		3) 3 > - < 5 días
		4) 5 > - < 7 días
		5) Mayor a una semana
15.	¿Tenía prescripción médica?	1) Si
		2) No
16.	¿Alguien recomendó que el niño(a) o menor tome un medicamento(s)?	1) Nadie
		2) Familiar
		3) Amigo
		4) Compañero de trabajo
		5) Profesional de salud no médico
		6) Internet, redes sociales(Facebook, whatsapp)
		7) Radio, televisión
17.	El medicamento(s) fue:	1) Comprado
		2) Tenía en casa
		3) Regalado
18.	¿Considera que fue automedicación?	1) Si
		2) No
19.	¿Síndrome Percibido Por El Padre Del Paciente?	1) Síndrome febril
		2) Síndrome respiratorio
		3) Síndrome diarreico
		4) Síndrome doloroso
		5) Otros
20.	¿Cree que la automedicación trae riesgos en un futuro para la salud?	1) Si
		2) No
		3) No sabe
21.	¿Qué tipo de tratamiento prefiere?	1) Natural
		2) Farmacológico
		3) Ambos


ALFREDO CISNEROS MESTA
MÉDICO - PEDIATRA
CMP. 48440


D. Oliver Chevarría C.
MÉDICO-PEDIATRA
CMP 29877 - RNE 30842


CARLOS A. CISNEROS MESTA
MÉDICO - PEDIATRA
CMP 29877 - RNE 30842