

Patrones de prescripción terapéutica en diarrea e infecciones respiratorias agudas en dos instituciones de salud: SS e IMSS

I. Metodología del estudio y características de las unidades médicas, de los médicos y de la población estudiada

VITA LIBREROS*
HECTOR GUISCAFRE***
PATRICIA TOME*
HORTENSIA REYES**
RICARDO PEREZ CUEVAS*
GONZALO GUTIERREZ***

Este es el primer trabajo de una serie de seis artículos, en los que presentamos los resultados de la etapa basal, de una investigación para evaluar una estrategia educativa con el fin de modificar los patrones de prescripción médica, en infección respiratoria aguda (IRA) y diarrea aguda (DA), en dos instituciones de salud: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Secretaría de Salud (SS).

El objetivo de este artículo es el de describir la Metodología General del Estudio, y el de analizar comparativamente las características de las unidades médicas, de los médicos, de las consultas otorgadas, de las viviendas y del nivel socio-económico de las familias usuarias.

La investigación se llevó a cabo en las 18 unidades médicas del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Coyoacán en la ciudad de México: 14 de la SS y 4 del IMSS. Se aplicaron cuatro tipos de cuestionarios pre-codificados: a) a los 18 directores de las clínicas; b) a todos los médicos del turno matutino que otorgaban consulta (51 de la SS y 68 del IMSS); c) a pacientes con IRA o DA entrevistados antes y después de la consulta médica (976 de la SS y 1433 del IMSS); d) a pacientes con IRA o DA, ocho días después de la consulta en su domicilio (915 de la SS y 1315 del IMSS).

Se observó que las unidades del IMSS cuentan con mejor disponibilidad de recursos, por ejemplo: 87.2% vs 53.9% de consultorios equipados; que los médicos de la SS no tienen especialidad de Medicina Familiar (0% vs 39.7% en el IMSS); pero en cambio son en general más jóvenes (mediana de 35 años vs 43 años) asisten en un mayor porcentaje a cursos de actualización (66.7% vs 41.2% en 1989), efectúan con mayor frecuencia otra actividad remunerada (56.9% vs 36.8%), y tienen un mayor contacto con agentes de la industria farmacéutica (94.1% vs 45.6%).

Los médicos del IMSS, otorgan un mayor número de consultas por día (19.1 vs 12.4), y en la mayoría utilizan el expediente clínico (83.7% vs 18.6%); mientras que en la SS el tiempo de espera es menor (mediana de 80' vs 105') y los pacientes identifican mejor a su médico (40.3% vs 20.8%). La duración de la consulta es similar en ambas instituciones, nueve minutos en el IMSS y diez en la SS.

El nivel de escolaridad, el tipo de vivienda y el estrato socio-económico es francamente superior en las familias usuarias del IMSS en comparación de la SS.

En conclusión, podemos decir, que las características de las unidades médicas, de los médicos, de las consultas por IRA o DA y de la población usuaria de la SS y del IMSS, son muy diferentes.

CLAVES: Infección respiratoria aguda, diarrea aguda, atención médica, servicios de salud.

* Dirección General de Coordinación Estatal. Secretaría de Salud.

** Subjefatura de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social.

*** Académico titular

+ Académico numerario

This is the first paper of a series of six in which results of baseline stage, relating to a research to evaluate an educational strategy in order to modify the prescribing patterns in acute respiratory infection (ARI) and acute diarrhea (AD) in two health institutions: Mexican Institute of Social Security (IMSS) and the Ministry of Health (SS) are shown.

The objective of this paper is to describe the general methodology of the study and to analyze comparatively the characteristics of the units, physicians, consultations, housing, and socioeconomic level of the families.

The study was carried out in 18 primary health care units located at the district of Coyoacan in Mexico City (14 from SS and 4 from IMSS). Four pre-coded questionnaires were administered to: a) 18 clinic directors; b) full day-shift physicians (51 from SS and 68 from IMSS); c) patients suffering from ARI or AD who were interviewed before and after consultation (976 from SS and 1433 from IMSS) and d) patients with ARI or AD, 8 days after consultation at their homes (915 from SS and 1315 from IMSS).

We observed that all IMSS units have better resources, for example: equipped consulting rooms (87.2% vs 53.9%). Although SS physicians do not have a family specialty (0% vs 39.7%) they are younger (mean age fo 35 years vs 43 years) and attend more up-to-date courses (66.7% vs 41.2% during 1989). Also, SS physicians have another profitable activity (56.9% vs 36.8%) and have a greater contact with the pharmaceutical industry (94.1% vs 45.6%).

More consultations are given by IMSS physicians daily (19.1 vs 12.4) using clinical records in most of the cases (83.7% vs 18.6%). On the other hand, waiting period in SS clinics is shorter (mean time of 80' vs 105') as well as patients identify better their physicians (40.3% vs 20.8%). The consulting duration is similar in both institutions (9' in IMSS and 10' in SS).

Schooling, housing and socioeconomic status is superior in IMSS patients.

To conclude, we can say that characteristics of medical care units, physicians, consultations by ARI or AD, and population from SS and IMSS are quite different.

KEY WORDS: Acute respiratory infection, acute diarrhea, medical care, health services.

Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las diarreas agudas (DA) constituyen, en nuestro país, la primera y segunda causa de enfermedad general, y son además, el motivo principal de demanda de consulta externa y hospitalaria en los niños menores de 5 años, quienes continúan siendo el grupo vulnerable y con mayor riesgo de evolución grave.^{1,2} Las encuestas nacionales más recientes, sobre la morbilidad de estos dos padecimientos, muestran una prevalencia lápsica (15 días) por cada 100 niños menores de 5 años de edad, de 16.7 en DA³ y de 24.9 en IRA.⁴

Por otro lado, estos dos padecimientos se encuentran entre las primeras diez causas de mortalidad general en el país y entre las primeras tres en la mortalidad infantil y preescolar.⁵

Debemos considerar que la mayoría de las muertes por IRA o DA pueden ser evitadas, previniendo o tratando adecuadamente sus complicaciones inmediatas: insuficiencia respiratoria o deshidratación, y su repercusión mediata: la desnutrición. Las medidas preventivas y terapéuticas están actualmente bien establecidas:

- En IRA: la detección de los signos de alarma para sospechar neumonía, tanto por la madre o familiar responsable, con el fin de solicitar atención médica oportuna, y por el médico, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento adecuados.⁶

- En DA: la prevención o tratamiento de la deshidratación con el uso de hidratación oral.⁷

- En ambos padecimientos: evitar las restricciones dietéticas para limitar el daño nutricional.⁶

A pesar de que los conceptos anteriores están claramente demostrados, en diferentes encuestas, tanto en nuestro país como en otras partes del mundo, se han identificado prácticas terapéuticas muy distintas.⁸⁻¹¹ Los errores de manejo más frecuentemente identificados son:

En IRA:

- Un abuso importante del uso de antimicrobianos en las infecciones de etiología viral, como las rinoфарингитис.⁹

- Dosis insuficientes o antibióticos inadecuados para la prevención de la fiebre reumática en la faringitis purulenta.¹²

- Utilización de medicamentos con efecto terapéutico probado y con toxicidad elevada, como los antitusígenos y los antihistamínicos.¹³

En DA:

- Omisión del uso de hidratación oral.^{11,14}

- Abuso en la prescripción de antimicrobianos y antiparasitarios.^{8,10,15}

- Uso de drogas "antidiarreicas" no útiles o tóxicas.^{7,15}

- Indicación injustificada de restricciones dietéticas o ayuno prolongado.^{7,14}

La experiencia de trabajos de investigación previos, llevados a cabo, tanto en el área rural^{8,9} como en la ciudad de México¹⁰ con el propósito de identificar los patrones prescriptivos en IRA y DA en el primer nivel de atención, motivaron el desarrollo de estrategias educativas, con el fin de modificar la conducta terapéutica de los médicos. Estas estrategias se basaron en el uso de esquemas terapéuticos sencillos y adaptados a las condiciones de trabajo de dos unidades médicas del IMSS y sólo para DA. La estrategia educativa en estas dos clínicas la llevaron a cabo investigadores de reconocido prestigio y el resultado fue satisfactorio.¹⁴ El grupo de trabajo decidió ampliar la experiencia a dos instituciones de salud, a toda una jurisdicción sanitaria y a otro padecimiento (IRA); pero con la variante de que la intervención educativa fuera impartida por investigadores jóvenes y médicos de la misma jurisdicción, previamente capacitados.

Los dos sistemas de salud incluidos en este estudio, la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tienen características muy diferentes, ya que la primera brinda atención a población abierta, mientras que la segunda lo hace a población asegurada.

La investigación ha implicado: 1.- una etapa basal o de diagnóstico situacional, 2.- la intervención educativa y 3.- la evaluación de su impacto a corto y largo plazo. En esta serie de trabajos nos referiremos a la etapa basal del estudio, cuyos resultados presentamos en estos artículos, con el objeto de analizar comparativamente en las dos instituciones (SS e IMSS) y en los dos padecimientos (IRA y DA) los siguientes aspectos:

- Las características de las unidades médicas, de los médicos, de las consultas otorgadas, de las viviendas y del nivel socioeconómico de las familias usuarias.
- Las características de los pacientes y su evolución.
- La automedicación o tratamiento previo a la consulta médica y sus factores determinantes.
- Los patrones de prescripción de los médicos.
- El cumplimiento terapéutico y el desperdicio de medicamentos.

En el presente artículo se describe la metodología general, así como el desarrollo del primer punto. Posteriormente en cada trabajo de esta serie se describirán los detalles metodológicos específicos.

Metodología

Áreas de estudio

La investigación se llevó a cabo en las dieciocho unidades del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Coyoacán en la ciudad de México, de dos instituciones de salud: 14 de la SS y 4 del IMSS. A las unidades del IMSS sólo pueden asistir los

trabajadores asalariados y sus familiares registrados en este sistema de seguridad social. La SS da servicio a población abierta, es decir, a todo el que lo solicita.

La población que potencialmente pueden atender los catorce centros de la SS es de 231,546 habitantes, mientras que la población derechohabiente de las cuatro unidades del IMSS es de 447,723. En las unidades de la SS otorgan consulta 63 médicos en el turno matutino. En las cuatro unidades del IMSS dan consulta 109 médicos en el turno matutino y un número igual en el vespertino. En ambas instituciones existe un jefe de atención médica o un jefe de departamento clínico por cada 10 a 15 consultorios.

En las unidades del IMSS los pacientes no pagan directamente los servicios, ya que el financiamiento de estos se lleva a cabo mediante el pago de cuotas obrero-patronales y aportación gubernamental. En las unidades de la SS los pacientes pagan una cuota mínima ("simbólica") por consulta, ya que la mayor parte del presupuesto es aportado directamente por el gobierno federal.

Tanto en el IMSS como en la SS, existe una lista básica de medicamentos: *Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud*. Sin embargo, en el IMSS la prescripción médica está restringida siempre a este Cuadro Básico y los derechohabientes reciben sus medicamentos en la farmacia de la Unidad sin efectuar ningún pago directo. En cambio, en la SS, la prescripción médica no está sujeta a ninguna restricción y los pacientes tienen que pagar directamente los medicamentos. Los del Cuadro Básico los pueden adquirir en las farmacias de las unidades a un costo menor al comercial. Estos mismos medicamentos o los que no se encuentran en el Cuadro Básico, los pueden comparar en las farmacias privadas.

Selección de las muestras

Se incluyeron todas las unidades del IMSS y de la SS de la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán, cuyos límites son los mismos de la delegación política correspondiente.

La investigación se realizó con todos los médicos del turno matutino que tenían un contrato laboral permanente durante el tiempo del estudio: 121 médicos (70 del IMSS y 51 de la SS). No se incluyeron los médicos del turno vespertino del IMSS por tratarse de un estudio comparativo y no existir, para fines prácticos, este turno laboral en la SS. Se excluyeron 53 médicos del turno matutino (41 del IMSS y 12 de la SS) por ser médicos suplentes (en el IMSS) o médicos pasantes (en la SS).

Por cada médico se planeó encuestar a 15 pacientes con IRA y a ocho pacientes con DA. Este número fue calculado de acuerdo al normograma de Feigl¹⁶ para poder evaluar la conducta prescriptiva de cada uno de ellos. La selección de los

casos se realizó mediante un muestreo por cuota y se clasificó por edad: en IRA, nueve pacientes de 0 a 4 años de edad, tres, de 5 a 24 años y tres de 25 años o más; en DA, 4, 2 y dos casos en cada uno de estos grupos de edad, respectivamente. La estratificación se realizó para que los grupos en estudio fueran lo más comparables posibles, conociendo de antemano que la población que acude al IMSS está compuesta por adultos en un porcentaje mayor que la de la SS.¹⁷

Los pacientes se seleccionaron en la sala de espera de las unidades, mediante un interrogatorio directo efectuado por pasantes de enfermería previamente adiestradas. Cada enfermera elegía diariamente los primeros cuatro casos que reunían los criterios de inclusión de IRA o DA, durante cuatro días a la semana, hasta completar la cuota por médico.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

IRA: paciente que acudió a consulta por fiebre, rinorrea, tos, disfagia u otalgia, con menos de 21 días de evolución y a quien el médico hizo un diagnóstico de infección respiratoria: rinoфарингитис, faringitis, faringoamigdalitis, otitis media, sinusitis, laringitis, bronquitis, bronquiolitis o neumonía. Se excluyeron los pacientes que además de IRA cursaban con diarrea aguda o con otro padecimiento infeccioso.

DA: paciente que acudió a consulta por tener tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en 24 h con menos de 15 días de evolución y a quien el médico hizo un diagnóstico de diarrea aguda o diarrea aguda probablemente infecciosa o gastroenteritis o enterocolitis o diarrea parasitaria. Se excluyeron los pacientes que además de DA cursaban con infección respiratoria aguda o con otro padecimiento infeccioso.

En ambos casos no se tomó en cuenta, para su inclusión o exclusión, el tratamiento previo.

Diseño del estudio

a). Encuesta para investigar las características de las unidades médicas: durante el mes de noviembre de 1989, cuatro de los investigadores aplicaron, mediante una entrevista personal, un cuestionario a los directores de las unidades médicas. Los datos faltantes fueron recabados mediante observación directa en los consultorios, farmacias y laboratorios o mediante la revisión de los informes estadísticos de la unidad. El cuestionario tuvo por objeto conocer la población adscrita a la unidad, su estructura por edad y sexo, el número de consultorios y de médicos, la frecuencia y algunas características de las consultas por IRA y DA, las características de los consultorios, de los laboratorios, de las farmacias y de las bibliotecas, así como el tipo y número de actividades docentes y de investigación.

b). Encuesta para investigar las características de los médicos: en el mes de diciembre de 1989, mediante una entrevista personal, fue aplicado por cuatro de los investigadores, un cuestionario precodificado a cada uno de los médicos seleccionados para el estudio. Dos de ellos rechazaron la entrevista, la cual tuvo una duración aproximada de 15 a 20 minutos. El cuestionario interrogaba sobre la edad, sexo, estudios de posgrado, otras actividades remuneradas, antigüedad, actividades de actualización, actividades docentes y de investigación y contacto con agentes de laboratorios farmacéuticos.

c). Encuesta para investigar las características de los pacientes con IRA o DA: la encuesta fue aplicada de septiembre a diciembre de 1989 por pasantes de enfermería, previamente capacitadas. A los pacientes seleccionados, de acuerdo a los criterios antes descritos, se les aplicó un cuestionario precodificado: el informante fue el mismo paciente en el caso de que éste tuviera más de 15 años; en el caso contrario, el informante fue la madre o el familiar acompañante. El cuestionario fue aplicado en tres etapas:

1. Antes de la consulta médica se recabó la siguiente información: datos de identificación, características del cuadro clínico, tiempo de evolución, tratamiento previo a la consulta y tiempo de espera. En los niños menores de 5 años, fue tomado peso y talla directamente por la enfermera encuestadora.

2. Al salir de la consulta médica, se registró la duración de la misma, mediante interrogatorio directo, así como también se obtuvo la siguiente información por revisión de la receta y del expediente clínico: el tratamiento indicado por el médico, otras indicaciones y diagnósticos emitidos. También se interrogó sobre algunos aspectos de la relación médico-paciente, tales como, la identificación del nombre del médico y la comprensión de los diagnósticos.

3. Una semana después, en el domicilio del paciente, se registraron los siguientes datos, mediante interrogatorio y observación directa: evolución clínica (duración de los síntomas y complicaciones); forma y costo de adquisición de los medicamentos; cumplimiento del tratamiento; nuevas consultas, en los casos en que esto aconteció; utilización de los servicios médicos y características de las familias y de las viviendas: escolaridad, ocupación, hacinamiento, condiciones sanitarias y posesión de algunos bienes. Cuando el paciente no había curado en la primera visita, se continuaron haciendo éstas cada ocho días hasta encontrarlo asintomático.

Para evitar sesgos por "solidaridad institucional" los equipos de trabajo, en los tres tipos de encuestas realizadas, estuvieron integrados por personal médico y de enfermería de ambas instituciones.

Para la realización de los contrastes estadísticos entre las

dos instituciones de salud (SS e IMSS) en todas las características analizadas se utilizaron; Chi cuadrada para los datos nominales; U de Mann Whitney para las medianas y prueba de Z para los promedios. Para calcular el índice de nivel socioeconómico, se utilizó la metodología descrita por Bronfman y col.,¹⁷ eligiendo los siguientes datos: escolaridad del jefe de familia, número de personas por cuarto, piso de la casa, disponibilidad de agua potable y eliminación de excretas.

Resultados

Los resultados de nuestro estudio se pueden apreciar en los cinco cuadros de este trabajo, por lo que solamente haremos énfasis en algunos aspectos relevantes o que no se consignan en los mismos.

En el Cuadro I se presentan las principales características de las unidades médicas. Las cuatro unidades del IMSS son parecidas entre sí: se trata de unidades grandes (27.2 consultorios en promedio) que cuentan con un porcentaje elevado de consultorios equipados y tienen servicios de laboratorio, rayos "X" y farmacia. En cambio, las unidades de la SS son de tres tipos: y, en general, sus consultorios están menos equipados. Los centros TIII-A son los más grandes (11.6 consultorios en promedio), y tienen servicio de laboratorio y rayos "X". Las clínicas tipo TIII tienen 6.6 consultorios por unidad y no cuentan con laboratorio y por último los centros más pequeños (TI) cuentan con un sólo consultorio. Obsérvese que sólo en cuatro de las 14 unidades de estudio se realizan actividades académicas.

En el Cuadro II se muestran las características de los médicos. Se señalan aquellas variables que resultaron estadísticamente significativas. Los datos relativos a suscripciones y a lectura de revistas médicas, no se consignan, pues la información que se obtuvo al respecto fue poco confiable; en general, la impresión fue la de que esta actividad era poco frecuente e irregular.

En el Cuadro III se pueden observar las principales características de las consultas otorgadas por los médicos en los casos de IRA y DA. No se observaron diferencias entre los dos padecimientos, por lo que se muestran en conjunto. Fue posible encuestar a 15.4 casos de IRA y 5.6 casos de DA, por cada médico del IMSS y a 14.4 casos de IRA y 4.7 casos de DA por cada médico de la SS (en total 1433 casos en el IMSS y 976 en la SS). Casi en todas las características analizadas se encontraron diferencias importantes entre las dos instituciones.

En el Cuadro IV se describen las principales características socioeconómicas de las familias en las que se logró realizar la visita domiciliaria (1315 del IMSS y 915 de la SS; porcentaje de "pérdida" de 8.2% en el IMSS y 6.3% en la SS). En todas las características existen diferencias entre las dos poblaciones, lo cual se refleja también en el índice de nivel socioeconómico. No se encontró diferencia en el número de individuos por familia en las dos instituciones: en el 80% de las familias había de 3 a 6 individuos (dato no presentado).

En el Cuadro V se pueden apreciar las características de las viviendas de las familias en ambas instituciones. Como se puede observar, en todos los aspectos existen diferencias significativas.

Cuadro I. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE ACUERDO A LA INSTITUCIÓN DE SALUD.

	IMSS	SS			
		Total n-14	T III A* n-3	T III ^b n-3	T I ^c n-8
Número de consultorios	109	63	35	20	8
Consultorios equipados* (%)	87.2	53.9*	34.3	75.0	87.5
Número de laboratorios y RX	4	3	3	0	0
Número de farmacias	4	6	3	3	0
Número de unidades con programas de medicina preventiva	4	14	3	3	8
Número de bibliotecas	0	0	0	0	0
Número de unidades con actividades académicas programadas	1	3	0	3	0

(n) = Número de Unidades Médicas.

a = Centros de Salud Comunitario con Laboratorio y Rayos "X".

b = Centros de Salud Comunitario sin Laboratorio ni Rayos "X".

c = Centros de Salud Comunitario con un solo Consultorio.

* = Estetoscopia y estuche de diagnóstico.

* p<0.01

Cuadro II. CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉDICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN CADA INSTITUCIÓN.

	IMSS n = 68+	SS n = 51
Sexo (%)		
- Femenino	57.4	45.1
- Masculino	42.6	54.9
Edad:		
- Promedio	43	35
- Variación	(31-58)	(28-68)*
Años de servicio en la institución		
- Mediana	14	9 *
- Variación	(6-27)	(1-28)
Años de servicio en la Unidad		
- Mediana	6	4
- Variación	(0-22)	(0-18)
Estudios de posgrado (%)		
- Ninguno	36.8	86.3 *
- Medicina Familiar	39.7	0.0 *
- Otra especialidad (+)	23.5	13.7
Médicos con cursos de actualización (últimos tres años) (%)		
- 1987	20.6	35.3
- 1988	29.4	52.9 *
- 1989	41.2	66.7 *
Otra actividad remunerada (%)		
- Ninguna	63.2	43.1 **
- Consultorio privado	19.1	31.4
- Otra institución	5.9	19.6 **
- No méica	11.8	5.9
Contacto con agentes de laboratorio farmacéutico (%)	45.6	94.1 *

+ Especialidad (Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina del Trabajo, Salud Pública, Cirugía General, Gastroenterología, Medicina Legal, Neurología, Traumatología, Hematología).

++ Se excluyeron dos médicos que se negaron a responder el cuestionario.

* = p < 0.01.

** = p < 0.05.

De los pacientes asistentes al IMSS, sólo 5.4% tenían derecho de atención médica en otra institución: 1.5% en el ISSSTE y 3.9% en otras instituciones; en cambio, en la SS 20.2% de los pacientes estaban asegurados: 13.6% en el IMSS, 4.9% en el ISSSTE y 1.7% en otras instituciones. Al interrogar a los pacientes de la SS con derecho a asistencia médica en otra institución, sobre cuales eran los motivos para no haber asistido, refirieron, en orden de frecuencia, las siguiente causas: 1. "me queda lejos" (20.5%) 2. "se tardan mucho" (20.0%). 3. "me falta hacer los trámites administrativos"

Cuadro III. CARACTERÍSTICAS DE LAS CONSULTAS OTORGADAS POR LOS MÉDICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN AMBAS INSTITUCIONES.

	IMSS n = 1433*	SS n = 976**
Número de consultas por médico por día (\bar{X})	19.1	12.4*
Miembros de la familia atendidos por el médico en cada consulta (%)		
- Uno	95.4	76.0*
- Más de uno	4.6	24.0*
Tiempo de espera del paciente		
Mediana (minutos)	105	80*
Variación	(1-370)	(1-285)
Duración de la consulta		
Mediana (minutos)	9	10
Variación	(1-72)	(1-73)
Con expediente clínico (%)	83.7	18.6*
Ha tenido antes consulta con el mismo médico (%)	72.8	61.1*
El paciente conocía el nombre del médico (%)	20.8	40.3*
El médico le explicó el diagnóstico (%)	52.3	57.3

+ = 1051 casos de IRA y 382 casos de Diarrea Aguda.

++ = 736 casos de IRA y 240 casos de Diarrea Aguda.

* p < 0.01

(16.8%), 4. "dan mal servicio" (14.0%), 5. "siempre dan lo mismo" (7.6%) y 6. otras razones (21.1%).

Comentarios

La presente investigación tiene una particular importancia, debido a que es la primera ocasión que en unidades de primer nivel se lleva a cabo un estudio comparativo de las características de las unidades médicas, de la población usuaria, de los médicos y de su conducta prescriptiva, en dos instituciones de salud: la SS y el IMSS. Es importante mencionar que la muestra estudiada no es representativa de todas las unidades del primer nivel de estas instituciones; sin embargo, los resultados obtenidos, así como el análisis y recomendaciones, son aplicables a unidades similares. Probablemente la mayoría de las clínicas del primer nivel de ambas instituciones en el país comparten características semejantes, aunque seguramente existen unidades diferentes.

Como padecimientos "centinela" o indicadores, se eligieron a las dos principales causas de consulta en todos los grupos

de edad, en las dos instituciones: IRA y DA.¹² Estas enfermedades tienen la ventaja de ser sencillas de diagnosticar, de tener un tratamiento médico bien establecido^{6,13} y de tener una evolución corta, lo que hace factible su seguimiento.

Cuadro IV. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LAS FAMILIAS USUARIAS EN AMBAS INSTITUCIONES.

	Porcentaje con la característica señalada	
	IMSS n = 1315	SS n = 915
Ocupación del jefe de familia		
- Empleado	53.2	31.9*
- Obrero	22.9	19.7
- Servicios	6.9	28.9*
- Profesionista	3.5	0.9*
- Comerciante	3.5	8.5*
- Desempleado	1.4	1.3
- Otros	6.7	6.9
- Derechohabencia a otra Institución	5.4	20.2*
Ocupación de la madre		
- Hogar	70.2	86.3*
- Empleada	17.8	4.7*
- Obrera	7.9	1.2*
- Profesionista	1.5	0.3
- Servicios	1.1	4.5*
- Otros	1.5	3.0
Escolaridad del jefe de familia		
- Nula	3.6	6.0**
- 1 a 3	8.1	11.7*
- 4 a 6	28.4	33.2**
- 7 a 9	36.0	32.2
- 10 y más	21.1	13.7*
Escolaridad de la madre o cónyuge		
- Nula	2.2	5.1*
- 1 a 3	5.1	11.5*
- 4 a 6	35.9	42.0
- 7 a 9	44.6	39.6
- 10 y más	12.2	6.8*
Nivel socioeconómico		
- Bajo	5.2	9.1
- Medio	49.5	66.7*
- Alto	45.3	24.2*

* p < 0.01

** p < 0.05

Al analizar las características de las unidades médicas, se observó una mayor disponibilidad de recursos en las clínicas del IMSS: mayor porcentaje de consultorios bien equipados (87.2%) y existencia en todas las clínicas de laboratorio,

gabinete de Rx y farmacia. En ambas instituciones se llevan a cabo un número similar de programas preventivos: inmunizaciones y detección oportuna de enfermedades: cáncer cérvico-vaginal, diabetes, hipertensión y enfermedades transmisibles. Es de llamar la atención que en las dos instituciones no hay bibliotecas formales, las actividades académicas programadas son escasas y no se realiza investigación. A pesar de tratarse, en general, de clínicas con un número elevado de médicos, para fines prácticos, en ambas instituciones, no existe intercambio académico, no discuten sus casos clínicos, no analizan su "quehacer diario" y, por lo tanto, permanecen aislados profesionalmente, tal como habíamos observado en un trabajo previo.¹⁷

Cuadro V. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS DE LAS FAMILIAS USUARIAS EN CADA INSTITUCIÓN.

	Porcentaje con la característica señalada	
	IMSS n=1315	SS n=915
Casa propia	66.4	47.6*
Piso de la casa		
- Tierra	3.6	4.1
- Cemento	62.8	79.6*
- Otro recubrimiento	33.0	15.9*
Disponibilidad de agua entubada		
- Intradomiciliaria	70.2	50.7*
- Extradomiciliaria	28.8	47.5*
- Hidrante público	0.5	0.5
- No disponen	0.2	0.2
Eliminación de excretas		
- Drenaje a red pública	81.2	54.2*
- Drenaje a fosa séptica	6.5	14.6*
- Sin drenaje	12.2	30.9*
Número de personas por cuarto⁺		
- Menos de 1.6	30.9	20.2*
- 1.6 a 3.5	53.0	46.9*
- Más de 3.5	16.1	32.9*
Poseción de bienes		
- Refrigerador	76.3	56.4*
- Automóvil	25.5	15.3*

* p < 0.01

+ excluyendo cocina y baño.

Al observar las características del personal médico que labora en esas unidades, se encuentran diferencias importantes. El personal médico de la SS es, en general, más joven, con menos años de antigüedad en la institución y sin estudios de postgrado. Los médicos del IMSS son de mayor edad, mayor

antigüedad y dos terceras partes de ellos tienen estudios de postgrado en medicina familiar o en otra especialidad. Los médicos de la SS asisten con mayor frecuencia a cursos de actualización, tienen otro trabajo remunerado y un mayor contacto con agentes de laboratorio. Es claro que se trata, en general, de dos poblaciones de médicos diferentes. Por los estudios de postgrado realizados, se esperaría que los médicos del IMSS tuvieran una mejor conducta prescriptiva, lo cual no se encontró, tal como se podrá observar en el cuarto trabajo de esta serie.¹⁹

Las características de las consultas otorgadas en cada institución también son distintas: en el IMSS se proporcionan diariamente más consultas y el tiempo de espera es mayor. En la SS, llama la atención que en una de cada cuatro consultas se atiende a dos o más miembros de la familia en la misma consulta, las cuales, en general, no se registran formalmente. La duración de la consulta es similar, así como la frecuencia con que el paciente menciona que el médico le refiere el diagnóstico; sin embargo, en el IMSS la mayoría de las consultas se realizan con expediente clínico, mientras que en la SS sólo una de cada seis, aproximadamente. Este aspecto nos parece fundamental, pues impide el seguimiento adecuado de los pacientes y sus familias. Por el contrario y a pesar de que en el IMSS los pacientes acuden con más frecuencia con el mismo médico, el paciente conoce con mucho menor frecuencia el nombre del mismo, traduciéndose este hecho en una deficiente relación médico-paciente. Parecería que aunque el tiempo de consulta es el mismo en ambas instituciones, éste se utiliza en el IMSS en una serie de aspectos médico-administrativos: llenado del expediente clínico, de la incapacidad médica y de un recetario con un formato específico, todo lo cual no es criticable pero seguramente influye, aunado al número elevado de consultas, en la menor comunicación con su paciente.

Al analizar las características de la población y de sus viviendas, nos encontramos también con que se trata de dos grupos en condiciones socioeconómicas diferentes. Como era de esperarse,¹⁸ la población adscrita al IMSS tiene un mejor nivel socioeconómico, que se manifiesta por un mayor grado de escolaridad, tanto del jefe de familia como, de la madre o cónyuge, además de que un alto porcentaje de estas familias poseen casa propia y automóvil. Las condiciones de las viviendas también fueron superiores y una mínima proporción mostró hacinamiento. En cambio, si analizamos los datos referidos para la SS, encontramos que la población que acude a ella tiene un nivel socioeconómico más bajo, tiene un alto grado de analfabetismo y las condiciones de vivienda y servicios públicos son deficientes; este hecho puede explicarse porque la mayor parte de esta población está ubicada en zonas de asentamientos humanos relativamente recientes y en áreas

geográficas donde ha sido difícil introducir los servicios públicos.²⁰

Se presupone que las personas que demandan servicio en las clínicas de la SS no tienen derecho a recibir asistencia médica en otra institución; en este estudio encontramos que la quinta parte de la población encuestada contaba con este servicio. Argumentaron como causa para ello el que la clínica les quedaba lejos o que esperaban mucho para la consulta o que no habían hecho sus trámites administrativos. El hecho práctico es la duplicidad importante de los servicios de salud, con la consecuente repercusión económica.

En resumen, podemos decir, que las características de las unidades médicas, de los médicos, de las consultas y de la población usuaria de la SS y del IMSS, en las clínicas del primer nivel de atención en la Jurisdicción de Coyoacán de la ciudad de México, son muy diferentes. Por lo anterior, consideramos de mucho interés analizar, en ambas instituciones, las características clínicas de los pacientes con IRA y DA, el tratamiento previo a la consulta, la conducta prescriptiva de los médicos, el cumplimiento y desperdicio de medicamentos y los costos del tratamiento. El resultado de este análisis es presentado en los cinco trabajos siguientes.

Agradecimientos

Este trabajo se realizó con el apoyo de los donativos de la Universidad de Harvard (Grant 076 del Applied Diarrheal Disease Research Project) por medio del acuerdo de colaboración con la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de Norteamérica (USAID) y de la Organización Panamericana de la Salud.

Referencias

1. Anuario Estadístico 1989. Secretaría de Salud. Dirección General de Servicios Técnico y Proyectos Especiales. Dirección de Estadística. México, D. F., 1990.
2. Anuario Estadístico de los Servicios Médicos del IMSS. México, D. F. 1989.
3. Encuesta sobre morbilidad, mortalidad y tratamiento de diarreas. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México, D. F. 1988.
4. Encuesta Nacional de Salud. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México, D. F., 1988.
5. Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno no. 6. INEGI. México, D. F. 1989.
6. Household Management of Diarrhea and Acute Respiratory Infections. The Johns Hopkins University. Baltimore, USA, 1990. Occasional Paper no. 12.
7. Mota H. La hidratación oral en niños con diarrea. *Sal Púb Méx* 1984; 26:9.
8. Gutiérrez G, Martínez MC, Guisacáfré H, Gómez G, Peniche A, Muñoz O. Encuesta sobre el uso de antimicrobianos y de hidratación oral en la diarrea infecciosa aguda en el medio rural mexicano. *Bol Méd Hosp Infan (Méx.)* 1987; 44:582.

9. Gutiérrez G, Martínez MC, Guiscafré H, Gómez G, Peniche A, Muñoz O. Encuesta sobre el uso de antimicrobianos en las infecciones respiratorias agudas en la población rural mexicana. *Bol Med Hosp Infant (Méx)* 1986; 43:761.
10. Muñoz O, Guiscafré H, Bronfman M, Gutiérrez G. Características del tratamiento prescrito por los médicos familiares y los pacientes. *Arch Invest Méd (Méx)* 1988; 19:371.
11. World Health Organization. Especial Report. A simple solution. Problems and challenges. WHO. Geneva, 1987; 5:32.
12. Feldman S, Bisno A, Lott R, Dodge R, Jackson R. Efficacy of benzathine penicillin G in group A streptococcal pharyngitis: Reevaluation. *J Pediatr* 1987; 110:783.
13. World Health Organization. Case management of acute respiratory infections in children in developing countries. A manual for doctors and other senior health workers. WHO. Geneva, 1989; 37.
14. Guiscafré H, Muñoz O, Padilla G y col. Evaluación de una estrategia dirigida a los médicos familiares para incrementar el uso de la hidratación oral y disminuir el de antimicrobianos y dietas restrictivas. *Arch Invest Méd (Méx)* 1988; 19:395.
15. Mota H. Abuso de antimicrobianos y otros conceptos erróneos en el tratamiento de diarreas en niños. *Bol Méd Hosp Infant (Méx)* 1987; 44:577.
16. Feigl P. A graphical aid for determining sample size when comparing two independent proportions. *Biometrics* 1978; 234:111.
17. Gutiérrez G, Guiscafré H, Bronfman M, Martínez C, Padilla G, Muñoz O. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea aguda en unidades de atención médica primaria. Metodología y características de las unidades médicas y de la población estudiada. *Arch Invest Méd (Méx)* 1988; 19:335.
18. Bronfman M, Guiscafré H, Castro V, Castro R, Gutiérrez G. La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra. *Arch Invest Méd (Méx)* 1988; 19:351.
19. Pérez-Cuevas R, Guiscafré H, Gutiérrez G, Reyes H, Tomé P, Muñoz O. Características de la prescripción médica *Gac Med (Méx)* 1992; 128:531.
20. Diagnóstico de Salud 1989. Jurisdicción Sanitaria Coyoacán. Dirección General de Servicios de Salud Pública en el D. F. SS.





El Puerto de Génova en el siglo XV

Tomado de: *The Opening of the World*, David Divine

II. Características clínicas de los pacientes

PATRICIA TOME*
HECTOR GUISCAFRE**
VITA LIBREROS*
HORTENSIA REYES***
RICARDO PEREZ CUEVAS*
GONZALO GUTIERREZ****

Con la finalidad de comparar las características clínicas y la evolución de los pacientes que acuden a consulta por infección respiratoria aguda (IRA) o diarrea aguda (DA), en dos poblaciones socioeconómicamente diferentes, se llevó a cabo una investigación en 14 unidades de la SS y cuatro del IMSS, en la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán, en la ciudad de México; estudiándose un total de 2409 pacientes, de los cuales 1787 acudieron por IRA (1051 del IMSS y 736 de la SS) y 622 por DA (382 del IMSS y 240 de la SS). Se aplicaron dos cuestionarios precodificados: uno antes de la consulta, con el fin de conocer la sintomatología y otro ocho días después, en el domicilio del paciente, con el fin de conocer la evolución clínica.

Se encontró que en el IMSS, el grupo etáreo que demanda consulta por IRA o DA más frecuentemente fue el de mayores de 15 años, mientras que en la SS predominan los menores a esa edad.

Tanto en DA como en IRA el cuadro clínico y la evolución de los padecimientos fueron muy parecidos en las dos instituciones. En DA, la mayoría de los casos fueron leves y con una evolución favorable: el 86% tuvieron menos de ocho evacuaciones en 24 horas, sólo un 10% presentaron sangre en heces; el 90% se curaron dentro de los primeros cinco días después de la consulta y sólo un 3.2% evolucionaron a diarrea prolongada. De los niños menores de cinco años sólo se deshidrataron un 0.7%. En IRA, la mayoría de los casos correspondieron a rinoфарингитis con evolución adecuada: el 75% presentó rinorrea, el 88% tos, el 60% se curaron dentro de los primeros cinco días después de la consulta y sólo un 15% presentó una evolución mayor a 15 días. La fiebre cedió en los primeros tres días del padecimiento en el 80% de los casos y la tos cedió en cuatro días en la mitad de los casos, sólo en un 3% duró más de 21 días. Fue necesario hospitalizar al 0.3% de los casos.

En el IMSS, los pacientes acudieron más rápidamente a consulta que en la SS (63% vs 52% con DA y 43% vs 34% con IRA), acudieron en los primeros dos días de la enfermedad ($p < 0.01$).

En la SS los niños menores de un año de edad, tuvieron una frecuencia mayor de desnutrición de II y III grado que en el IMSS (11.3% vs 2.3% y 1.8% vs 0%, respectivamente).

En ambas instituciones y en ambos padecimientos las consultas subsecuentes fueron poco frecuentes ($< 6\%$).

Se concluye, que los pacientes que acudieron por IRA o DA a consulta de primer nivel de atención a la SS o al IMSS en la jurisdicción de Coyoacán, tienen en general cuadros muy benignos. A pesar de las diferencias socioeconómicas y nutricionales de las poblaciones que atienden ambas instituciones, las características clínicas y la evolución de estos padecimientos son similares.

CLAVES: Infección respiratoria aguda; diarrea aguda; sintomatología, evolución.

* Dirección General de Coordinación Estatal. Secretaría de Salud

** Académico numerario

*** Subjefatura de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social.

**** Académico titular

SUMMARY

A study was carried out in 14 units of the Secretaría de Salud and in four of the Instituto Mexicano del Seguro Social located in the sanitary jurisdiction of Coyoacán in Mexico City and with two different socioeconomic populations, in order to compare the clinical features and the evolution of the patients who come to consultation with acute respiratory infection (ARI) or acute diarrhea (AD). 2409 patients were studied: 1787 suffering from ARI (1051 from IMSS and 736 from SS) and 622 suffered from AD (382 from IMSS and 240 from SSA). At the same time, two precoded questionnaires were administered to these patients: one before consultation, in order to know the symptomatology, and the other after eight days at the patients' home, in order to observe the clinical evolution.

We found that patients at IMSS clinics who demand consultation more frequently because of IRA or AD, were above 15 years of age, whereas patients who come to SS clinics to consultation by the same disease were younger than this age.

Clinical symptomatology and disease evolution were similar in both diseases and in both institutions.

Most AD cases were mild and their evolution was favorable: 86% had less than eight stools in 24 hours, 10% showed bloody faeces, and 90% cured within the first five days after consultation; 3.2% developed a prolonged diarrhea, and just 0.7% of the children less than five years old became dehydrated. With regard to ARI, most cases corresponded to rhinopharyngitis and had an adequate evolution: 75% had rhinorrhea, 88% presented cough, 60% cured within the first five days after consultation and just 15% had an evolution of more than 15 days. Fever disappeared during the first three days in 80% of the cases, cough yielded in four days in half of the cases, 3% lasted more than 21 days, and just 0.3% needed to be hospitalized.

Patients came to consultation to IMSS clinics faster than to SS clinics (63% vs 52% in AD and 43% vs 34% in ARI). They did it during the first two days of disease ($p < 0.01$).

At SS, children under one year of age showed a higher frequency of II and III degree of malnutrition than those at IMSS (11.3% vs 2.3% and 1.8% vs 0% respectively).

In both institutions, subsequent consultations were less frequent in both diseases ($p < 6\%$).

In conclusion, patients with ARI or AD who come to consultation to SS or IMSS in the Coyoacán's jurisdiction, generally present mild symptomatology. In spite of the socioeconomic and nutritional differences of the populations attended by both institutions, clinical features and disease evolution are similar.

KEY WORDS: Acute respiratory infection; acute diarrhea; symptomatology, evolution.

Introducción

La frecuencia de los signos y síntomas, así como la evolución clínica en las infecciones respiratorias agudas (IRA) y en las diarreas agudas (DA), han sido ampliamente descritos en trabajos anteriores.¹⁻⁶ En nuestro país se tiene la impresión de que tanto los signos y los síntomas, como la evolución clínica de estos padecimientos son diferentes entre la población que acude a la Secretaría de Salud (SS) y al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); sin embargo, este fenómeno no ha sido estudiado.

La población que atiende cada uno de estos sistemas de salud tiene diferencias importantes.^{7,8} En el IMSS, los usuarios son trabajadores asalariados o sus familiares, mientras que en la SS, la mayoría de los jefes de las familias demandantes de atención son prestadores de servicios o comerciantes. El nivel socioeconómico entre una y otra población también es diferente, siendo más alto en el IMSS.⁷ El analfabetismo funcional de las madres de familia es dos veces mayor en la SS (7.3 vs 16.6%) y las características de las viviendas son mejores en la

población que acude al IMSS.⁷ Todo lo anterior hace pensar que las condiciones nutricionales y la evolución de diversos padecimientos, como lo son las infecciones respiratorias agudas y las diarreas agudas, también tengan diferencias importantes, con mayor gravedad en los pacientes que acuden a la SS. Estas diferencias clínicas, si existieran, podrían influir en forma significativa en la conducta prescriptiva de los médicos.

Por lo anterior y considerando la relevancia de ambas patologías en el campo de la salud, se realizó este análisis, cuyo objetivo principal ha sido el de estudiar comparativamente las características clínicas y la evolución de los pacientes que acuden a consulta por IRA o DA, entre las dos instituciones de salud (SS e IMSS).

Material y Métodos

El estudio se llevó a cabo en las unidades médicas del primer nivel de atención comprendidas en la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán en la ciudad de México: cuatro unidades de medi-

cina familiar del IMSS y 14 centros de salud de la SS.

Para conocer el número y la distribución etérea de todas las consultas otorgadas de IRA o DA por cada unidad médica: se consultó la hoja de notificación inmediata de casos o informe semanal de cada institución en el período de enero a junio de 1989.

Para identificar las características clínicas de los pacientes que acudieron a consulta por IRA o DA: una enfermera, previamente capacitada, aplicó un cuestionario precodificado en la sala de espera, antes de que los pacientes pasaran a consulta. El cuestionario se aplicó directamente al paciente, si éste era mayor de 15 años, o a la madre o familiar acompañante, si era menor a esta edad. Para seleccionar a los pacientes, se hizo un muestreo aleatorio estratificado por edades: se seleccionaron al azar, 15 casos de IRA y ocho de DA por cada médico de las clínicas estudiadas; de los 15 casos de IRA, nueve fueron menores de 5 años, tres de 5 a 24 años y tres de 25 o más años. De los ocho casos de DA, se eligieron 4, 2 y 2 casos de cada grupo de edad, respectivamente. Los pacientes fueron estudiados entre septiembre y diciembre de 1989.

Los criterios de inclusión fueron:

a). *Infección respiratoria aguda*: con menos de 21 días de evolución, con rinitis o tos o disfgagia o disfonía u otalgia y sin diarrea agregada.

b). *Diarrea aguda*: con menos de 15 días de evolución, con un mínimo de tres evacuaciones líquidas o semilíquidas y sin datos de infección respiratoria.

Con la metodología descrita, se estudiaron un total de 2409 pacientes, de los cuales 1787 tuvieron IRA (1051 del IMSS y 736 de la SS) y 622 tuvieron DA (382 del IMSS y 240 de la SS).

Los niños menores de un año de edad fueron pesados por la pasante de enfermería el día de la consulta y el cálculo de su estado nutricional se realizó con base al peso ideal para la edad, usando el método de Gómez¹⁰ y tomando como referencia, las tablas del doctor Ramos Galván.¹¹

Para conocer la evolución clínica de los pacientes, la misma enfermera realizó una visita a su domicilio una semana después, aplicando un cuestionario precodificado, al mismo paciente, a su cónyuge y, en los menores de 15 años, a la madre o al familiar responsable. Si al momento de la visita el paciente continuaba enfermo, se regresó cada semana hasta encontrarlo asintomático. En los casos de pacientes que fueron hospitalizados, se revisó el expediente en el hospital. En el 7.3% de los casos encuestados en los consultorios, no fue posible completar la encuesta en el domicilio; el "porcentaje de pérdida" fue ligeramente mayor en el IMSS que en la SS (8.1 vs 6.6) y similar entre los casos de IRA y DA (7.3 y 7.4). De esta forma se encuestaron en el domicilio un total de 2230 pacientes, de los cuales 1654 correspondieron a IRA (962 del

IMSS y 692 de la SS) y 576 a DA (353 del IMSS y 223 de la SS).

Para evaluar las diferencias estadísticas entre las características clínicas de los pacientes en las dos instituciones, se utilizó la prueba de Chi cuadrada para dos o más muestras independientes.

Resultados

En el Cuadro I se puede apreciar la distribución por grupos de edad de las consultas otorgadas por IRA y DA en el IMSS y en la SS. La diferencia es clara ($p < 0.01$). En el IMSS la demanda de consulta predominante es la de los mayores de 15 años, mientras que en la SS predominan los menores a esta edad. Este fenómeno es más evidente en los casos de diarrea. Es conveniente resaltar que menos del 3% de las consultas por IRA o DA en el IMSS corresponde a niños menores de un año de edad.

Cuadro I. DIARREAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTAS OTORGADAS SEGÚN EDAD E INSTITUCIÓN. (ENERO - JUNIO 1989)

Grupos de edad	IRA*		DA*	
	IMSS** n = 72,596	SS** n = 15,912	IMSS** n = 18,476	SS** n = 4,899
	%	%	%	%
< 1 año	2.7	14.4	2.6	12.7
1 - 4	20.6	28.6	13.8	22.4
5 - 14	21.0	26.1	10.2	22.4
15 - 24	14.6	14.3	17.2	19.5
25 - 44	27.9	11.1	38.9	15.9
45 - 64	8.2	4.2	11.5	5.9
65 y más	1.9	1.3	2.4	1.2
Se ignora	3.1	-	3.4	-
< 15 años	44.3	69.1	26.6	57.5
> 15 años	52.6	30.9	70.0	42.5

Fuente: Notificación de casos nuevos (informe semanal). $p < 0.01$ en la distribución etérea entre el IMSS y la SS tanto en IRA como en DA.

* IRA: Infección respiratoria aguda. DA: Diarrea aguda
** IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social. SS: Secretaría de Salud.

En el Cuadro II se muestran las principales características clínicas de los pacientes con diarrea aguda. En general se presentaron tempranamente a consulta, tuvieron pocas evacuaciones en 24 horas, alrededor de un 10% presentaron diarrea con sangre en heces y una tercera parte de los niños menores de 1 año tuvo desnutrición leve, existiendo un porcentaje bajo de desnutrición moderada o grave. Al comparar ambas instituciones no hubo diferencias ni en el número de evacuaciones en 24 horas ni en la frecuencia de fiebre o diarrea con sangre ($p < 0.05$). En el IMSS hubo un mayor número de casos con cólico y vómito, los pacientes acudieron a consulta

con mayor frecuencia, dentro de los primeros tres días de evolución de la diarrea (63.4% vs 52.5%) ($p < 0.01$). Ninguno de los pacientes con diarrea aguda, en las dos instituciones, presentó deshidratación al momento de la consulta. Si bien no hubo diferencias significativas en el estado nutricional de los niños menores de 1 año entre ambas instituciones, se puede apreciar un porcentaje mayor de desnutrición de II y III grado en la SS.

Cuadro II. DIARREA AGUDA. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS ESTUDIADOS SEGÚN INSTITUCIÓN.

Características Clínicas	IMSS n = 382 %	SS n = 240 %	Valor de p
Días de evolución previos a la consulta			
< 3	63.4	52.5	< 0.01
3 - 5	28.2	40.4	< 0.01
6 - 14	8.4	7.1	N.S.
Número de evacuaciones en las últimas 24 horas			
1 - 4	42.7	43.3	N.S.
5 - 8	43.2	45.0	N.S.
> 9	14.1	11.7	N.S.
Sintomatología:			
Sangre en heces	10.2	9.6	N.S.
Cólico	54.2	26.7	< 0.01
Fiebre	13.1	10.0	N.S.
Vómito	17.3	10.4	< 0.01
Estado nutricional:^(a)			
Eutrófico	49.2	37.5	N.S.
Obesidad	13.1	16.3	N.S.
Desnutrición primer grado	34.4	35.0	N.S.
Desnutrición segundo grado	3.3	10.0	N.S.
Desnutrición tercer grado	0.0	1.3	N.S.

(a) En 141 niños menores de un año (61 en el IMSS y 80 en la SS) N.S. = no significativa.

En el Cuadro III se presenta la evolución clínica de los casos estudiados de DA. Destaca que en la mayoría de los pacientes la diarrea cedió en los primeros tres días posteriores a la consulta. La evolución total de la diarrea fue menor a cinco días en la mayoría de los casos (66.1%); una tercera parte duró entre 6 y 14 días y sólo un 3.3% evolucionó a diarrea persistente. La frecuencia de consultas subsecuentes, ya sea al mismo médico, a otro médico de la institución o al médico particular, fue muy baja (6.4%). Sólo un paciente del IMSS y uno de la SS se deshidrataron después de la consulta y ameritaron hospitalización; ambos fueron lactantes. Ningún caso falleció. Al comparar ambas instituciones se encontró un mayor porcentaje de casos con diarrea con una duración de 6 a 14 días en la SS (35.0 vs 26.3) ($p < 0.05$).

Cuadro III. DIARREA AGUDA. EVOLUCIÓN DE LOS CASOS ESTUDIADOS SEGÚN INSTITUCIÓN.

Características clínicas	IMSS n=353 %	SS n=223 %	Valor de p
Días con diarrea después de la consulta			
< 3	62.0	61.4	N.S.
3 - 5	30.9	27.8	N.S.
> 6	7.1	10.8	N.S.
Total de días de diarrea			
< 3	12.5	11.2	N.S.
3 - 5	57.8	50.7	N.S.
6 - 14	26.3	35.0	< 0.05
> 15	3.4	3.1	N.S.
Consultas subsecuentes			
Mismo médico	2.0	2.5	N.S.
Médico particular	2.3	1.7	N.S.
Médico otra institución	2.5	1.7	N.S.
Deshidratados ^(a)	0.7	0.6	N.S.

(a) En 315 niños menores de 5 años (152 en el IMSS y 163 en la SS). N.S. = no significativa.

En relación con las infecciones respiratorias agudas, en el Cuadro IV se pueden observar las principales características clínicas de los pacientes. También la mayoría de los casos acudió en los primeros cinco días a consulta (79%). Alrededor del 80% de los pacientes tuvieron rinorrea o tos; en la mitad de ellos se refirió fiebre y en muy pocos casos otorrea. También se observó que los pacientes en el IMSS acudieron en un porcentaje mayor a consulta en los primeros tres días del padecimiento (42.9 vs 34%) ($p < 0.01$). La fiebre se refirió un poco más frecuentemente en el IMSS (60.8 vs 51.6), así como la otorrea. La frecuencia de desnutrición grave (II y III grado) en los niños menores de 1 año de edad con IRA, fue mayor en la SS ($p < 0.01$).

En el Cuadro V se consignan los datos referentes a la evolución clínica de los pacientes con IRA. El 62.2% de los casos estuvo asintomático cinco días después de la consulta; en la mayoría de los casos, la duración total de la enfermedad fue entre 6 y 14 días (mediana de 8.5). En un 80% de los pacientes, la fiebre tuvo una duración menor a tres días y sólo en un 4.5% ésta duró más de cinco días (mediana de un día). En cambio la tos tuvo una evolución más larga (mediana de cuatro días); en una tercera parte de los casos duró más de seis días y en un 5% más de 15 días. Las consultas subsecuentes también fueron poco frecuentes (5%).³ Se hospitalizaron tres pacientes que habían acudido al IMSS y dos a la SS. De estos cinco pacientes, tres fueron niños menores de 1 año y presen-

taron bronconeumonía e insuficiencia respiratoria leve. Dos fueron adultos, uno de ellos presentó una crisis de asma y el otro quemaduras en mucosa oral y faríngea por colutorios con antisépticos. Ningún paciente falleció.

Cuadro IV. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS ESTUDIADOS SEGÚN INSTITUCIÓN.

Características clínicas	IMSS n = 1051 %	SS n = 736 %	Valor de p
Días de evolución previos a la consulta			
< 3	42.9	34.0	< 0.01
3 - 5	40.7	41.7	N.S.
6 - 14	12.7	18.2	< 0.01
> 15	3.6	6.1	< 0.01
Sintomatología:			
Fiebre	60.8	51.6	< 0.05
Rinorrea	76.8	73.4	N.S.
Tos	88.4	88.4	N.S.
Otorrea	3.2	0.8	< 0.05
Estado nutricional:^(a)			
Eutrófico	52.3	39.5	< 0.05
Obesidad	15.4	14.4	N.S.
Desnutrición I grado	31.1	31.1	N.S.
Desnutrición II grado	1.2	12.6	< 0.01
Desnutrición III grado	0.0	2.4	N.S.

N.S. = No significativa.

(a) En 335 niños menores de un año (168 en el IMSS y 167 en la SS).

Discusión

Para poder comparar las características clínicas y la evolución de los pacientes en la SS y en el IMSS, tuvimos que tomar una muestra estratificada por edad, ya que en un estudio previo¹² nos habíamos dado cuenta de la mayor asistencia de pacientes mayores de 5 años de edad en el IMSS. Aún así no quisimos dejar de tener un panorama claro de la distribución etárea, y se revisó la demanda de consulta de primera vez por IRA y DA en el primer semestre de 1989, a través del informe semanal de notificación de casos nuevos. Los resultados se muestran en el Cuadro I y es obvia la diferencia de los grupos etárea asistentes a cada institución, predominando claramente la asistencia de niños (menores de 15 años) a la SS y sobre todo de niños menores de un año. La explicación a lo anterior parece corresponder a la necesidad de los derechohabientes adultos de obtener una "incapacidad laboral", lo que da una proporcionalidad tan diferente; no creemos que indique que los niños de las

familias aseguradas tengan una menor morbilidad o que acudan más a la medicina privada.

Cuadro V. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS ESTUDIADOS SEGÚN INSTITUCIÓN.

Características clínicas	IMSS n = 962 %	SS n = 692 %
- Días de evolución después de la consulta		
< 3	14.0	19.2
3 - 5	46.1	45.1
6 - 14	34.3	30.2
> 15	5.6	5.5
Total de días de evolución		
< 3	2.1	1.2
3 - 5	17.8	20.7
6 - 14	65.8	60.9
> 15	14.7	17.2
Total de días con fiebre^(a)		
< 3	78.5	82.9
3 - 5	16.9	12.6
6 - 14	3.9	3.9
> 15	0.7	0.6
Total de días con tos^(b)		
< 3	24.8	26.0
3 - 5	44.5	42.7
6 - 14	25.7	26.3
15 - 20	1.9	2.5
> 21	3.1	2.5
Consultas subsiguientes		
Mismo médico	2.1	2.9
Médico particular	2.3	1.6
Médico otra institución	0.8	0.3
Hospitalizados	0.3	0.3

(a) Número de casos con fiebre: 554 en el IMSS y 356 en la SS.

(b) Número de casos con tos productiva: 524 en el IMSS y 365 en la SS.

p > 0.05 en todas las características, entre las dos instituciones.

Respecto a la sintomatología observada en este estudio, debemos señalar primero que fue obtenida a través del paciente o familiar responsable por medio de un interrogatorio realizado por una enfermera. No se realizó una exploración física por un médico, por lo que no se consideraron los signos clínicos, sino únicamente los síntomas. A pesar de lo anterior, la frecuencia de estos síntomas, tanto en DA como en IRA

(Cuadros II y IV) concuerdan con lo reportado en otros trabajos.^{1,6,9} En DA la sangre en heces se presentó en un 10% de los casos y en IRA la frecuencia de rinorrea fue de un 75%. En general, la frecuencia de los diversos síntomas en los pacientes en el IMSS fue mayor que en la SS, aunque sólo se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los cólicos y vómitos en DA y en la fiebre en IRA. No tenemos una explicación clara al respecto; pudiera deberse a las diferencias sociales y de escolaridad encontradas entre ambas poblaciones⁷ o a la necesidad de obtener la incapacidad laboral en el IMSS, lo que pudiera haber ocasionado una mayor referencia de síntomas por los pacientes de esta institución. De cualquier forma y como se observa en los Cuadros III y V, no tuvieron que ver con la evolución de los pacientes. Al igual que lo referido en trabajos previos³ la mayoría de los pacientes acuden a consulta dentro de los primeros tres a cinco días de evolución de su padecimiento; sin embargo, al comparar ambas instituciones, observamos que, tanto en DA como en IRA, los pacientes del IMSS acuden más tempranamente ($p < 0.01$). Este último punto también puede estar relacionado con los aspectos laborales antes mencionados.

La frecuencia de desnutrición y los diferentes grados de la misma, en los niños estudiados (menores de un año) coincide con publicaciones previas en la ciudad de México^{12,13} y es menor a lo reportado en áreas rurales.¹⁴ La desnutrición moderada y severa (grado II y III) fue más frecuente en la SS que en el IMSS y seguramente se relaciona directamente con la diferencia del estrato socioeconómico encontrada en ambas poblaciones.⁷

La evolución de los pacientes (Cuadro III y V) fue evaluada con base en el interrogatorio directo en el domicilio de los pacientes y consideramos que los datos obtenidos son confiables. El porcentaje de "pérdida" de pacientes (7%) fue muy bajo, lo que disminuye la posibilidad de sesgo en el estudio. Los pocos pacientes hospitalizados fueron seguidos hasta el hospital. No se observaron diferencias en ninguno de los aspectos analizados entre las dos instituciones, con la excepción de un número ligeramente mayor de pacientes con diarrea con una evolución total entre 6 y 14 días en la SS, lo que nos parece poco relevante. La mayoría de los pacientes tienen una evolución muy corta (< de 5 días en DA y menos de 14 días-mediana de 8 días- en IRA); esto concuerda con el hecho de tratarse de enfermedades casi siempre autolimitadas.^{4,15,16} Sólo un 3% de los casos de DA tuvo una duración mayor de 15 días (diarrea persistente), lo que concuerda con lo encontrado por otros autores.^{17,18} La duración del padecimiento en IRA se relaciona directamente con la tos, ya que la fiebre cedió en menos de 5 días en el 95% de los casos. El conocimiento, por parte de los médicos y de los pacientes o sus familiares, sobre el curso clínico de la tos, en los casos de IRA, es muy importante para evitar tratamientos innecesarios.

La frecuencia de complicaciones de DA o de IRA que ameritaron hospitalización fue muy baja; probablemente esto se debe a que la población seleccionada tuvo pocos factores de riesgo (desnutrición grave o menores de 2 meses de edad).

Sólo uno de cada 20 pacientes solicitó una consulta subsiguiente con el mismo médico o con otro de la misma institución o de la medicina privada. También este aspecto tiene relación con la corta duración de estos padecimientos, pero va en contra del sentimiento de una gran parte de los médicos institucionales de que con frecuencia sus pacientes acuden con los médicos privados por no confiar en las instituciones públicas. No hubo diferencias entre las dos instituciones.

Podemos concluir, diciendo que en el área urbana, los pacientes que acuden por IRA o DA a consulta al primer nivel de atención a la SS o al IMSS son muy parecidos en cuanto a sus características clínicas y la evolución de sus padecimientos. Que las diferencias encontradas principalmente se refieren a la diferente proporción de niños y adultos que acuden a ambas instituciones y a la necesidad de una justificación laboral en el IMSS y que, en general, los pacientes evolucionan hacia la curación en pocos días y con un número bajo de complicaciones.

Agradecimientos

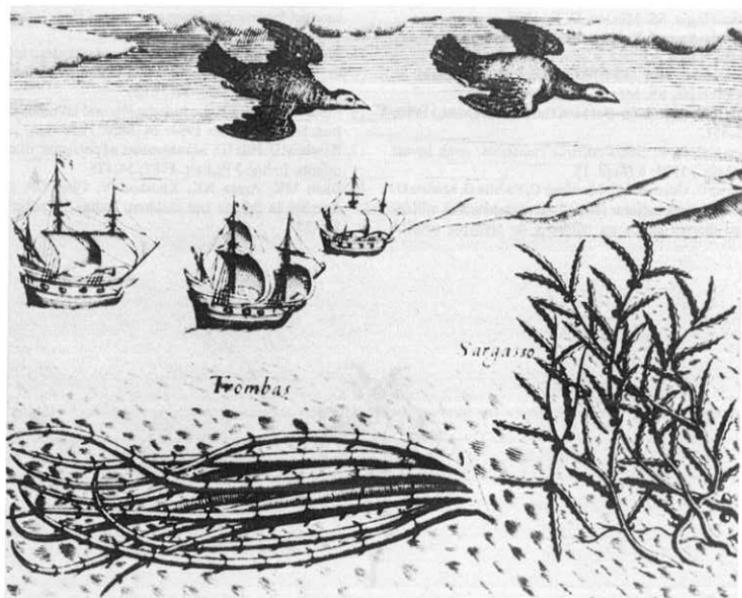
Este trabajo se realizó con el apoyo de los donativos de la Universidad de Harvard (Grand 076 del Applied Diarrheal Disease Research Project) por medio del acuerdo de colaboración con la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de Norteamérica (USAID) y de la Organización Panamericana de la Salud.

Referencias

1. World Health Organization: A manual of the treatment of diarrhoea. For use by physicians and other senior health workers. Documento WHO/CDD/SER 80.2 Rev. 2, 1990.
2. World Health Organization: A manual for doctors and other senior health. Case management of acute respiratory infections in children in developing countries. 29 sep. 1989.
3. Guiscafré H, González S, Parra R y col. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea aguda en unidades de atención médica primaria. III etiología y cuadro clínico de los casos estudiados. Arch Invest Med (Méx) 1988; 19:361.
4. Ruiz-Gómez J, Cedillo-Rivera RM, Díaz M y col. Infección respiratoria. Estudio de 133 familias. Gac Méd Méx 1979; 115 (8).
5. World Health Organization. Pan American Health Organization. Acute respiratory infections in children. RD 21/I, 1983.
6. Guiscafré H. Infecciones Estreptocóccicas. González SN, Torres TA, Gómez BD. (Eds). Infectología Clínica Pediátrica. México, Ed Trillas, 1987:543.

7. Libreros V, Guiscafré H, Tomé P, Reyes H, Pérez-Cuevas R, Gutiérrez G. Patrones de prescripción terapéutica en infección respiratoria y diarrea aguda en dos instituciones de salud. I metodología y características de las unidades médicas, de los médicos y de la población estudiada. *Gac Med (Méx)* 1992; 128:505
8. Sepúlveda-Amor J, Valdespino JL, Tapia-Conyer R y col. Encuesta Nacional de Salud. Dirección General de Epidemiología, SS. México, D. F., 1988.
9. Sepúlveda-Amor J, Valdespino JL, Tapia-Conyer R y col. Encuesta sobre práctica y prevalencia de la terapia de rehidratación oral (EPPTRO). Dirección General de Epidemiología, SS. México, D. F. 1988; p. 42.
10. Gómez F. Desnutrición. *Bol Méd Hosp Infant (Méx.)* 1946; 3:543-551.
11. Ramos-Galván R. Somatometría Pediátrica. *Arch Invest Méd (Méx.)* 1975; 6 (Supl. 1).
12. Gutiérrez G, Guiscafré H, Martínez C, Padilla G, Muñoz O. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea aguda en unidades de atención médica primaria. I metodología y características de las unidades médicas y de la población estudiada. *Arch Invest Méd (Méx)* 1988; 19:335.
13. Sepúlveda-Amor J, Willett W, Muñoz A. Mal nutrition and diarrhoea. A longitudinal study among urban mexican children. *Am J Epidemiol* 1988; 127(2):365.
14. Flores-Huerta S, Baeza J, Martínez C y col. Evaluación nutricional de refugiados guatemaltecos y población mexicana del área rural en Chiapas. *Bol Méd Hosp Infant (Méx)* 1986; 43(10):612.
15. Wald E, Guerra N, Byers C. Upper respiratory tract infections in young children. Duration of and frequency of complications. *Pediatrics* 1991; 87(2):129.
16. Mota-Hernández F. La hidratación oral en niños con diarrea. *Salud Púb Méx* 1984; 26 (Supl. 1):9.
17. Bowie MD, Hill ID. Management of persistent diarrhea in infants. *Indian J Pediatr.* 1987; 54:475.
18. Bhan MK, Arora NK, Khoshoo V, Ghai OP. Chronic diarrhea in infants and children. *Indian J Pediatr.* 1985; 52:483.





Primeras representaciones del Mar de los Sargazos

Tomado de: *The Opening of the World*, David Divine

III. Factores determinantes del autotratamiento en dos enfermedades infecciosas comunes

VICTORIA CASTRO*
MALAQUIAS LOPEZ CERVANTES*
MARIO BRONFMAN M.**
PATRICIA TOME***
VITA LIBREROS***
HECTOR GUISCAFRE****+

El autotratamiento es un comportamiento complejo que a su vez es el resultado de múltiples situaciones sociales. Entre los principales factores determinantes del autotratamiento se encuentran: los conocimientos y creencias ancestrales acerca de la salud y la enfermedad que son compartidos por el individuo y su red social; las experiencias derivadas del contacto con los médicos u otros personajes que ofrecen atención a la salud en la comunidad; y, también, las presiones comerciales hacia el consumo de medicamentos u otros productos con supuestas cualidades terapéuticas. En este trabajo se presentan los resultados de un análisis del autotratamiento observado en diarrea e infección respiratoria aguda, en dos poblaciones de usuarios de los servicios de la SS y del IMSS en la delegación política de Coyoacán, D. F. Los principales hallazgos fueron los siguientes: una alta proporción (> 60%) de los usuarios en ambas instituciones habían utilizado alguna forma de autotratamiento antes de solicitar atención; entre los usuarios del IMSS, existe una mayor tendencia a usar medicamentos que entre los de la SS; entre los usuarios de la SS existe una mayor proporción de usuarios de remedios caseros, y también utilizan las soluciones electrolíticas para el manejo de las diarreas, con una frecuencia significativamente mayor que los usuarios del IMSS. El principal personaje que influye sobre el tipo de autotratamiento a seguir es la madre, pero le siguen en importancia el médico con quien se tuvo contacto durante episodios pasados de enfermedad, en cambio, otros personajes como el boticario tienen en estas poblaciones poca importancia.

CLAVES: Autotratamiento, tratamientos no médicos, diarreas, infecciones respiratorias agudas

SUMMARY

Self-medication is a complex behavior that results from many socially related situations. Among the most important factors that are associated with self-medication are: knowledge and traditional beliefs regarding health and sickness that are shared by individuals and their social contacts; experiences derived from previous visits with physicians and other health workers; as well as a commercial pressures that orient the public toward a greater use of medicine and other products promoted for their therapeutic properties. This report presents an analysis of self-medication behavior in diarrhea and acute respiratory infections observed in two populations residing in the south of Mexico City; the first group was made up of those who use low-cost government sponsored health services (SS) and the second group included those who receive prepaid medical care through the social security system (IMSS).

* Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud

** Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Secretaría de Salud

*** Dirección General de Coordinación Estatal. Secretaría de Salud

**** Subjefatura de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social.

+ Académico numerario

The following were the main findings of the study: a high proportion (> 60%) of users of both services had already initiated some type of self-medication before seeking medical care. A greater proportion of the persons who received care in IMSS had self-medicated with patent medicine. On the other hand, more persons who received care in the SS had self-medicated with popular remedies and also used rehydration therapy products in the treatment of diarrhea. The mothers most commonly made the decision as to what type of self-medication was to be used. The physicians who had provided treatment in the past were also an important source of advice.

KEY WORDS: Self-medication, diarrhea, acute respiratory infections

Introducción

La utilización de alguna medida terapéutica antes de solicitar atención médica profesional es una práctica común entre la población. El consumo de medicamentos, remedios caseros o ambos, es un fenómeno frecuente aún cuando no se conozca con precisión cuál es su magnitud.^{1,2} Si tomamos en cuenta que una persona puede tener en el transcurso de un año varios episodios de diarrea o de infección respiratoria aguda, es de esperarse que las prácticas de autotratamiento se adopten con mayor facilidad que en otros casos y tiendan a repetirse durante cada episodio.

El autotratamiento ha sido abordado en la literatura desde varias perspectivas: como una de las opciones que tiene la población ante la falta de cobertura de los servicios de salud, y con predominancia en áreas rurales;² como un fracaso de la relación médico-paciente;³ como una forma de rechazo frente a la medicina oficial;⁴ como una consecuencia del bombardeo comercial;^{3,5} finalmente, la que examina su utilización como resultado de ciertos valores, normas y creencias prevalentes en la población.⁶

En los trabajos referidos, se ha encontrado que la automedicación y/o el uso de remedios caseros está asociada con todos y cada uno de los aspectos estudiados. Al privilegiarse un punto de vista, se omite el hecho de que en la práctica, existe una determinación múltiple del comportamiento individual, que es en realidad un resultado de la suma de todos estos factores.

En este trabajo se define como autotratamiento, a la decisión práctica del individuo, encaminada a enfrentar un problema de salud en el plano de la vida cotidiana, sin que medie una consulta profesional. Ante la necesidad y deseo de sanar, los individuos recurren al acervo de conocimientos y creencias provenientes del ámbito cotidiano. La familia, el grupo secundario, la red de comunicación comercial y la situación social de los sujetos, determinan la decisión para llevar a cabo acciones encaminadas a la recuperación de su salud. Más que hablar de influencias hablamos de adquisiciones del sujeto -tanto si son creencias como si son conocimientos-, mismas que son expresadas pragmáticamente y se orientan hacia un fin que es la recuperación de la salud, bajo la forma de autotratamiento.

La discusión en torno a la vida cotidiana y su importancia en la explicación del proceso salud-enfermedad es amplia y compleja. En este trabajo recuperamos aquellos elementos relevantes para que se manifiesten en el fenómeno del autotratamiento.

El saber cotidiano adquiere o recibe ciertos conocimientos científicos, pero no el saber científico como tal. Estas adquisiciones se convierten en una *guía para la acción cotidiana*, sin que importe su origen ni la demostración de su validez. Por otra parte, el hecho de que algunos aspectos del saber científico son incorporados al saber cotidiano, se debe no sólo a la curiosidad o el interés, sino a que distintos ambientes sociales necesitan poseer esa información para integrarla a su cultura.

El saber cotidiano se expresa como opinión *doxa*, nunca como conocimiento "verdadero" (en un sentido científico); depende de qué siente, percibe y piensa el individuo, de tal modo que se apropie sólo de lo que es o puede serle necesario para enfrentar adecuadamente las diversas situaciones sociales. En este sentido, para el saber cotidiano el "saber qué" es previo al "saber cómo".⁷

Al encuadrar el autotratamiento en la estructura y funcionamiento de la vida cotidiana, pretendemos arribar a una comprensión más adecuada del mismo. En principio, porque los individuos que deciden autotratarse antes de recurrir a un servicio de salud formal, no se comportan como "irracionales"; al contrario, nada más racional que estar orientado hacia un fin y encontrar los medios eficaces para conseguirlo. En el mundo de la vida cotidiana la ignorancia es ignorancia con respecto del saber científico, no en relación con la eficacia de los medios utilizados. Los individuos, en su vida diaria, emplean y producen "métodos" para juzgar y decidir, para entender y dar explicaciones a los fenómenos y acontecimientos; su comportamiento no es adecuado o inadecuado: se ciñe a fines específicos y evidentes, empleando medios adquiridos de las generaciones pasadas y de sus contemporáneos.

Material y métodos

El presente estudio se realizó en todas las clínicas de primer nivel de atención, que tienen el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (SS) en la delegación política de Coyoacán, México, D. F., durante los meses de

septiembre a diciembre de 1989. El objetivo principal del estudio fue conocer los patrones terapéuticos seguidos por los médicos para el manejo de dos enfermedades comunes: las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA).

Los pacientes fueron seleccionados por solicitar consulta debido a que presentaron cuadros de EDA o de IRA durante el período mencionado sin importar el sexo o la edad. Después de la consulta y mediante entrevista directa se les aplicó un cuestionario que constaba de cuatro módulos: 1) características del acompañante, 2) características del paciente, 3) características del padecimiento (EDA o IRA, según el caso), y 4) manejo del padecimiento por parte del médico. En el módulo tres se incluyó un bloque de preguntas acerca de medicamentos y remedios caseros, así como ayuno e hidratación oral en el caso de las EDA, que se hubieran utilizado antes de acudir a la clínica; también se registró quién fue la persona que decidió o recomendó el tipo de medidas a utilizar. Ocho días después de la consulta se entrevistó a los pacientes en su domicilio. A partir de esta segunda entrevista se obtuvo información acerca de la evolución de padecimiento y de las percepciones individuales sobre la enfermedad, así como las características socioeconómicas de los pacientes.

La población de estudio fue para EDA un total de 622 casos, correspondiendo 382 (61.4%) al IMSS y 240 (38.6%) a la SS; mientras que para las IRA se obtuvieron en total 1787 casos, de los cuales 1051 (58.8%) fueron del IMSS y 736 (41.2%) de la SS.

Para el análisis de los datos se utilizaron frecuencias simples, tablas de contingencia y, según el caso, la prueba de Chi cuadrada o el coeficiente de Cramer para evaluar las asociaciones entre variables.

Resultados

En el panorama general del autotratamiento encontramos de entrada que, un alto porcentaje de los individuos encuestados (más del 60%) recurre a medidas de autotratamiento para ambas enfermedades, antes de solicitar servicio médico.

Los Cuadros I y II contienen información por padecimiento (EDA e IRA) y también por institución. La proporción de sujetos que utilizaron algún tipo de autotratamiento fue similar en ambas instituciones. No obstante, se encontraron diferencias en el tipo de medicamentos y de remedios caseros empleados por la población usuaria de cada institución. En general, los usuarios del IMSS utilizan medicamentos con mayor frecuencia que los de la SS, mientras que la situación inversa se presenta en el caso de los remedios caseros.

Para el autotratamiento de las IRA se encontró que el tipo de medicamentos consumidos con mayor frecuencia fueron los analgésicos. El segundo grupo de medicamentos más

importante fue el de los antibióticos, encontrándose que el 19.5% de los usuarios del IMSS y el 13.3% en la SS los consumieron y esta diferencia fue estadísticamente significativa. Siguen en orden de importancia los antitusígenos, los antihistamínicos y otro tipo de medicamentos. Por lo que toca a los remedios caseros, para el autotratamiento de las IRA los más frecuentemente utilizados y por mucho tiempo fueron los tés, entre ellos los de gordolobo y bugambilia. También se encontró que tuvieron importancia las vaporizaciones, el consumo de miel y la aplicación de sustancias tóxicas.

Cuadro I. DIARREAS INFECCIOSAS AGUDAS AUTOTRATAMIENTO SEGUN INSTITUCIÓN (N= 622)

TRATAMIENTO	IMSS (n=382)		SS (n=240)		p
	n	%	n	%	
MEDICAMENTOS	n=188	49.2	n=106	44.2	
Antibióticos	62	16.2	40	16.7	
Antiparasitarios	12	3.1	7	2.9	**
Antidiarreicos	61	16.0	24	10.0	*
Antiespasmódicos	13	3.4	2	0.8	
Antieméticos	2	0.5	1	0.4	
HIDRATACION ORAL	n=152	39.8	n=163	67.9	*
Electrolitos OMS	26	6.8	21	8.7	
Otros ^a	69	18.1	89	37.1	*
AYUNO	77	20.1	85	35.4	*
REMEDIOS CASEROS	n=207	54.2	n=150	62.5	**
Tés ^b	193	50.5	144	60.0	
Atoles ^c	20	5.2	19	7.9	
Otros ^d	24	6.3	32	13.3	

^a: Incluye otro tipo de electrolitos, solución casera y otros líquidos

^b: Incluye té de yerbabuena, de manzanilla, de guayaba y otro tipo de té

^c: Incluye agua o atole de arroz, y otro tipo de atole

^d: Incluye purga, lavado rectal, untado, manobras y sustancias untadas

* p < 0.001

** p < 0.05

En el caso de las EDA, los medicamentos usados con mayor frecuencia fueron los antibióticos y los antidiarreicos, así como las soluciones de hidratación oral distintas de la solución electrolítica recomendada por la OMS. De hecho solamente un 6.8% de los pacientes del IMSS y 8.7% en la SS tomaron la solución OMS. Si sumamos los individuos que consumieron cualquier tipo de solución oral para hidratación, encontramos una proporción dos veces mayor entre usuarios de la SS que entre usuarios del IMSS, siendo la diferencia estadísticamente significativa. De nueva cuenta, la utilización

de remedios caseros para el autotratamiento de la EDA fue más frecuente entre los usuarios de la SS que en el IMSS, siendo en ambos casos los té, atoles y purgas los remedios más comunes.

Cuadro II. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS AUTOTRATAMIENTO SEGÚN INSTITUCIÓN (n = 1787)

TIPO DE TRATAMIENTO	IMSS (n=1051)		SS (n=736)		p
	n	%	n	%	
MEDICAMENTOS	n=679	64.61	n=502	68.21	
Antibióticos	205	19.5	98	13.3	**
Analgésicos	407	38.7	259	35.2	
Antitusígenos	110	10.5	88	12.0	
Antihistamínicos	61	5.8	63	8.6	
Otros	71	6.8	103	14.0	*
REMEDIOS CASEROS	n=404	38.4	n=323	43.9	
Miel con o sin limón	76	7.2	41	5.6	
Tés*	275	26.2	262	35.6	*
Vaporizaciones ^b	40	3.8	48	6.5	
Maniobras	21	2	26	2.2	
Otros ^c	54	5.2	32	4.4	

*: Incluye té de bugambilia, de gordolobo, de ajo y otro tipo de té

^b: Vaporizaciones con agua hirviendo o con nebulizador y uso de Vick Vaporub

^c: Incluye toques con antiséptico o de otro tipo

* p < 0.0001

** p < 0.005

Con objeto de saber si el uso de medicamentos y remedios caseros era distinto según la edad del paciente, las mismas variables que se presentan en los Cuadros I y II fueron analizadas, sin que se encontraran diferencias significativas y se mantuvieron las mismas tendencias arriba descritas.

En el Cuadro III se analiza cuál fue la persona que recomendó o intervino en el autotratamiento para el caso de las IRA. Se encontró que la decisión de consumir algún medicamento estuvo determinada principalmente por la experiencia obtenida con el médico consultado en ocasiones anteriores; en segundo lugar, fue la madre quien decidió o recomendó el tipo de autotratamiento, y en tercer lugar fue el propio paciente quien tomó la decisión. El mismo patrón se repitió en ambas instituciones, (véase Cuadro IV) pero la proporción de usuarios de la SS que consumieron algún medicamento por recomendación del boticario fue dos veces mayor entre usuarios de la SS (8.4%), que en el IMSS (4.0%).

Cuadro III. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. AUTOTRATAMIENTO SEGÚN PERSONA QUE LO RECOMENDÓ.

Quien recomendó	Medicamentos		Remedios caseros	
	IMSS n=378	SS n=262	IMSS n=382	SS n=332
Madre	29.6	34.7	48.2	48.2
El mismo (paciente)	15.6	14.5	22.0	16.0
Médico ¹	46.6	37.8*	4.2	2.4
Boticario	4.0	8.4	0.8	0.3
Otros ²	4.2	4.6	24.9	33.1**

¹ Incluye médico de la misma institución, médico de otra institución o bien médico particular.

² Incluye familiar, vecino, amigo, enfermera, curandero y otros.

* p < 0.05

** p < 0.0001

La decisión de tomar remedios caseros dependió principalmente de la madre (48.2%, en ambas instituciones), y le siguieron en orden de importancia "otras" personas tales como familiares, vecinos o amigos del paciente; en tercer lugar de frecuencia, la decisión fue tomada por el propio paciente y es interesante notar que el boticario no tiene importancia en la utilización de remedios caseros.

Cuadro IV. DIARREAS INFECCIOSAS AGUDAS. AUTOTRATAMIENTO SEGÚN PERSONA QUE LO RECOMENDÓ.

Quien recomendó	Medicamentos		Remedios caseros		Hidratación		Ayuno	
	IMSS n=200	SS n=97	IMSS n=232	SS n=193	IMSS n=117	SS n=130	IMSS n=28	SS n=23
Madre	30.5	43.3	47.0	54.9*	56.4	54.6	57.0	60.9
El mismo (paciente)	24.0	7.2*	27.6	9.3*	5.1	3.8	7.1	4.3
Médico ¹	38.5	38.1	4.3	4.7	22.2	16.9	7.8	8.7
Boticario	5.5	7.2	----	----	----	1.5	----	----
Otros ²	1.5	4.1	21.1	31.1*	7.7	20.8	7.1	21.7

¹ Incluye médico de la misma institución, médico de otra institución o bien médico particular.

² Incluye familiar, vecino, amigo, enfermera, curandero y otros.

* p < 0.001.

Para el caso de medicamentos autoadministrados en EDA, encontramos también que un mayor porcentaje de los pacientes los utilizaron por recomendación de la madre y/o del médico consultado en ocasiones anteriores. Pero en el caso del IMSS el 24.0% de los pacientes usaron algún medicamento por su propia decisión, mientras que la proporción correspondiente a los usuarios de la SS fue de solamente 7.2%, diferencia que tuvo significancia estadística. De nueva cuenta, el consumo de medicamentos por recomendación del boticario se encontró con bajas frecuencias en ambas instituciones.

La utilización de remedios caseros, hidratación oral y ayuno dependió en la mayoría de los casos de la intervención de la madre del paciente; pero al contrario de lo observado en otros de los aspectos analizados, la proporción de usuarios del IMSS que tomaron un remedio casero por decisión propia para el manejo de la EDA fue tres veces mayor que la observada en la SS; al igual que en el caso del consumo de medicamentos, para esta misma enfermedad esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Cuadro V. DIARREAS INFECCIOSAS AGUDAS VARIABLES SIGNIFICATIVAS EN EL AUTOTRATAMIENTO

	MEDICAMENTOS n=293			REMEDIOS CASEROS n=357		
	x ²	p	x ²	p		
EDAD (paciente)						
< 1 año	20.1	6.8	0.07	27.7	7.7	0.05
1 - 4	30.7			26.3		
5 - 14	12.6			10.6		
15 y más	36.5			35.3		
DIAS DE EVOLUCION						
< 3	46.1	42.4	<0.01	56.6	4.04	0.13
3 - 5	41.6			33.9		
6 y más	12.3			9.5		
FIEBRE						
sí	85.3	4.1	0.05	62.2	0.6	0.45
no	14.7			37.8		
ESCOLARIDAD DE LA MADRE						
sin escolaridad	7.4	6.6	0.03	4.5	3.7	0.15
1 - 6	39.5			50.3		
6 y más	53.1			45.2		
SABE QUE HACER SI SIGUE ENFERMO						
correcto	10.4	0.4	0.82	9.9	16.0	<0.01
parcialmente correcto	4.7			1.6		
incorrecto	85.0			88.5		

Las principales características que determinan la utilización de medicamentos, tanto para las EDA como para las IRA (Cuadros V y VI), son la edad del paciente y el tiempo de evolución del padecimiento. En el caso de las IRA la tendencia

es a disminuir el uso de medicamentos conforme aumentan la edad y/o el tiempo de evolución del padecimiento; otra variable importante para determinar el consumo de medicamentos en las IRA es la presencia de fiebre. Para el caso de las EDA el uso de medicamentos parece aumentar con la edad, pero disminuye mientras mayor es el tiempo de evolución del padecimiento. Otra variable determinante del consumo de medicamentos en ambos padecimientos fue la escolaridad de la madre, observándose que el consumo es mayor mientras mayor es el nivel de escolaridad de la madre.

Cuadro VI. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS VARIABLES SIGNIFICATIVAS EN EL AUTOTRATAMIENTO

	MEDICAMENTOS n=1180		REMEDIOS CASEROS n=727	
	x ²	p	x ²	p
EDAD (paciente)				
< 1 año	17.7	16.1	<0.01	21.6
1 - 4	40.9			38.8
5 - 14	16.5			12.1
15 y más	24.8			27.4
DIAS DE EVOLUCION				
< 3	34.4	44.4	<0.01	31.2
3 - 5	42.1			43.3
6 - 10	17.4			17.7
11 y más	6.1			7.7
FIEBRE				
sí	63.7	67.6	<0.01	41.1
no	22.6			58.9
TOS				
sí	66.5	.9	0.32	42.0
no	33.5			58.0
ESCOLARIDAD DE LA MADRE				
sin escolaridad	2.4	3.2	0.20	3.2
1 - 6	44.5			43.1
6 y más	53.1			53.7
SABE QUE HACER PARA CONTROLAR LA TOS				
correcto	28.9	1.9	0.38	36.5
parcialmente correcto	10.4			10.0
incorrecto	60.8			53.4

La utilización de remedios caseros en las EDA también depende de la edad y del tiempo de evolución del padecimiento, siguiendo las mismas tendencias descritas en el caso de los medicamentos. Por último, se detectó una asociación entre el grado de conocimiento de la enfermedad y el uso de autotratamiento, que representa una mayor tendencia a utilizar medicamentos y remedios caseros entre las personas que saben menos acerca de su enfermedad cuando se trata de las EDA.

En contraste, para el caso de las IRA, cuando la persona sabe menos acerca de las formas efectivas para controlar la presencia de tos, tiende a utilizar medicamentos con una frecuencia significativamente menor.

Discusión

En el presente trabajo se ha tratado de demostrar que el autotratamiento en dos enfermedades infecciosas comunes, depende de las características funcionales de la vida cotidiana, pues es allí donde se dan las interacciones que permiten a los individuos adquirir creencias y conocimientos que finalmente conducen a la acción práctica.

La explicación del autotratamiento, tiene su punto de partida en cómo percibe y siente el sujeto su propio estado de salud; no se trata sólo de la administración de un fármaco o del uso de remedios caseros, en la acción práctica no sólo se busca la manera de "quitarse una molestia" sino de recuperar la salud, y esta acción expresa todo lo aprendido por el sujeto en su medio y situación social.

Los resultados del análisis empírico aquí realizado, nos permiten apoyar algunas de las ideas antes planteadas como marco general y punto de partida.

Es importante mencionar que las dos enfermedades en estudio, tienen por lo regular una evolución natural favorable y un bajo riesgo de terminar en la muerte. Por lo tanto, es posible que muchos de los casos se curen sin haber solicitado atención médica, y de hecho los sujetos participantes en el estudio representen a la fracción de la población de enfermos que no tuvieron éxito al intentar resolver su problema de salud por sus propios medios. Lo anterior conduciría a subestimar la verdadera frecuencia e importancia del autotratamiento para la población en general.

Son varias las razones que determinan el tipo de automedicación, una de ellas es el tipo de prescripción médica que se reciba, ya que ésta además de ser una forma de divulgación del saber, también conlleva una formación ideológica. El médico que reduce su ayuda a la prescripción de medicamentos, sin hacer esfuerzos por educar a sus pacientes, está de hecho favoreciendo la reproducción de esta misma práctica medicalizadora por parte del paciente cuando vuelva a enfermar. Algunos estudios han revelado que el tipo de medicamentos que más usa el paciente se asemeja al patrón terapéutico utilizado por los médicos en la misma comunidad.¹

En los resultados de nuestro estudio existe una alta proporción de individuos que habían utilizado antibióticos antes de solicitar servicio médico, particularmente entre la población de usuarios del IMSS. Creemos que esto se debe en parte a dos razones, la primera es que han aprendido de sus propios médicos a utilizar estos productos, y la segunda es que al recibir en forma gratuita el medicamento en cantidades que exceden a

sus necesidades mínimas mantienen un excedente que facilita su consumo en una ocasión posterior. En otro trabajo de esta serie se analiza con mayor detalle el caso del cumplimiento de la terapéutica prescrita y se demuestra que entre los derechohabientes del IMSS tiende a mantenerse un remanente de los medicamentos recibidos durante la última consulta.⁸

El uso de remedios caseros, medicina también identificada como folklórica, alternativa, popular, informal, etc; ha estado la mayor parte de las ocasiones estigmatizada o marginada. Lo cierto es que su uso es generalizado, aunque no se sabe con exactitud si ha aumentado o ha decrecido, o bien si ha sufrido un paulatino desplazamiento por el consumo de medicamentos, los cuales han ganado preferencia en virtud de la rapidez y efectividad con que actúan sobre la enfermedad. Lo que sí podemos afirmar en base a los resultados de nuestro estudio, es que los remedios caseros siguen manteniendo una presencia importante y que se consumen principalmente en combinación con productos farmacéuticos.

Con respecto al uso de soluciones de rehidratación oral, se observa que esta práctica es más frecuente entre la población atendida por la SS, que entre los usuarios del IMSS. Lo mismo sucedió con el consumo de té y atoles para rehidratación. Una posible explicación para estas diferencias es que, debido a sus características culturales, la población que acude a los servicios de la SS mantiene un mayor arraigo de las prácticas tradicionales y acepta con mayor facilidad el uso de las soluciones de electrolitos. Desde luego, la alternativa es que se trate de diferencias relacionadas con el tipo de aprendizaje que la población obtiene a partir del contacto habitual con sus médicos, en cuyo caso cabría recomendar que se ponga un mayor énfasis en la política de favorecer en los servicios de salud la adopción de estas prácticas, que no son mutuamente excluyentes sino complementarias.

Según varios estudios realizados,^{12,14} el médico familiar es el que más influye sobre las prácticas de autotratamiento, siendo la madre el personaje que sintetiza el saber cotidiano, actúa como detectora de la presencia de síntomas y suministra fármacos y remedios caseros. Esta tesis se refuerza con los datos obtenidos en este trabajo, por lo que creemos necesario insistir en que a este personaje clave se le debe prestar mayor atención para fomentar las prácticas adecuadas de tratamiento y evitar las prácticas riesgosas en el seno de la familia.

Como ya se mencionó, el médico tiene también un papel fundamental como "impulsor" de la conducta de autotratamiento que antecede a la decisión del paciente para acudir a cualquier servicio de salud. Es decir, el "saber" del médico transmitido a través de su prescripción es el "origen" de una conducta que habrá de repetirse posteriormente en cada episodio de enfermedad, pues el paciente ha adquirido no sólo los medios (fármacos), sino los procedimientos de análisis sintomático de su propia condición. Este papel del médico se

relaciona de manera sinérgica con las creencias y conocimientos que otros sujetos importantes han transmitido al individuo durante su vida. Por lo que una política de revisión cuidadosa y educación en salud, sin duda, se reflejará en las prácticas terapéuticas en el ámbito familiar.

La presencia del boticario como sujeto recomendador de remedios caseros o bien de medicamentos parece ser muy pobre en la actualidad y en ésta población urbana. Varias interrogantes para posteriores investigaciones podrían plantearse a este respecto, ¿se debe acaso a que en las áreas urbanas el boticario se ha visto rebasado por el papel del médico o bien por el de la madre? ¿son poblaciones distintas, de los usuarios de instituciones públicas, los que acuden con el boticario o buscan atención en el medio privado? ¿se debe acaso a la transformación que han sufrido las farmacias, de entidades exclusivas de salud a establecimientos comerciales, provocando así una pérdida de confianza entre la población?

Otro resultado de interés es que los medicamentos se utilizan con mayor frecuencia para el autotratamiento de las EDA que para las IRA. Esta situación podría tener su origen en la manera en que se percibe la gravedad de cada uno de estos padecimientos. Cuando un individuo cree que sabe lo suficiente acerca de la manera correcta de manejar un síntoma y además lo considera de poca gravedad, entonces puede tener una mayor propensión a autotratarse; en cambio, si se considera que se trata de algo grave, aún cuando conozcan medidas de probada eficacia tendería a buscar apoyo profesional antes que poner dichas medidas en práctica.

Agradecimientos

Este trabajo se realizó con el apoyo de los donativos de la Universidad de Harvard (Grant 076 del Applied Diarrheal Disease Research Project) por medio del acuerdo de colaboración con la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de Norteamérica (USAID) y de la Organización Panamericana de la Salud.

Referencias

1. Muñoz O, Guiscafré H, Bronfman M y Gutiérrez G. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos en la diarrea aguda en el primer nivel de atención. IV. Características del tratamiento prescrito por los médicos familiares y los pacientes. Arch Invest Méd (Méx), 1988; 19: 371-384.
2. Rodríguez-Domínguez J, Vandale S, López-Acuña D, Yañez BL y Meljem J. Tratamientos no médicos de la enfermedad en el medio rural mexicano. Estudio en los usuarios de un centro de salud C en el estado de Morelos. Sal. Púb. Méx. 1979. XXI: 13-30
3. Polack J.C. La medicina del capital. Madrid, Editorial Fundamentos, 1971.
4. Modena ME. Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica. Cuadernos de la Casa Chata no. 37 Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, 1990.
5. Menéndez EL. Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular". Cuadernos de la Casa Chata no. 57, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, 1982.
6. Zolla C. "La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud", en Lozoya X y Zolla C. La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México, México, Folios. Ed. 1983.
7. Heller A. Sociología de la vida cotidiana. Barcelona, Ediciones Península. 1977.
8. Martínez C, Guiscafré H, Muñoz O, Gutiérrez G. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos en diarrea aguda, en unidades de atención primaria. VII. Análisis del cumplimiento del tratamiento con los esquemas terapéuticos utilizados. Arch Invest Méd (Méx), 1988; 19:409-418.





El Encuentro con Colón

Tomado de: *The Opening of the World*, David Divine

IV. Características de la prescripción médica

RICARDO PEREZ CUEVAS*
ONOFRE MUÑOZ**
HECTOR GUISCAFRE**
HORTENSIA REYES***
PATRICIA TOME*
GONZALO GUTIERREZ****

En este trabajo, se analizan los patrones prescriptivos de los médicos de atención primaria de dos instituciones de salud en los dos motivos más frecuentes de consulta: diarrea aguda (DA) e infección respiratoria aguda (IRA), y se trata de identificar si las características propias de las instituciones, de los médicos y de los pacientes influyen en la conducta terapéutica.

El estudio se realizó en 18 unidades de primer nivel de atención (14 de la SSy 4 del IMSS) de la Jurisdicción de Coyoacán, en la ciudad de México. Los pacientes fueron seleccionados de la sala de espera de las unidades mediante muestreo por cuota de cada médico incluido en el estudio y fueron estratificados por grupos de edad. Al salir de la consulta a cada paciente se le aplicó la encuesta de acuerdo al padecimiento motivo de ésta (DA o IRA) y se revisó el expediente clínico y la receta médica otorgada.

Se obtuvo una muestra de 501 casos de DA (SS n= 240 IMSS n= 261) y 1787 casos de IRA (SS n= 736 IMSS n= 1051), tratados por 119 médicos (SS n= 51 IMSS n= 68).

En DA tanto en la SS como en el IMSS, se utilizaron antimicrobianos en más del 70% de los casos y medicamentos sintomáticos en el 100%; la hidratación oral en los niños menores de 5 años se prescribió sólo en un 56.4% en la SS y en un 34.4% en el IMSS ($p < 0.01$). En más del 30% de los casos se suspendieron alimentos o se indicó ayuno en ambas instituciones. En la SS se prescribieron medicamentos fuera del cuadro básico en el 64.3% de los casos. Las características clínicas que influyeron en los médicos para prescribir antibióticos fueron la presencia de fiebre y una evolución clínica menor de 5 días, y para prescribir antiparasitarios la presencia de cólico y de sangre en las evacuaciones.

En IRA también en ambas instituciones, se prescribieron antimicrobianos en más del 70% de los casos y medicamentos sintomáticos en el 100%; sin embargo en la SS se prescribió un menor porcentaje de antibióticos que en el IMSS en los casos de rinosinoritis (57.1 vs 80.4) ($p < 0.01$). En la SS se utilizaron medicamentos fuera del cuadro básico en el 87.9%. El único dato clínico asociado con la indicación de antibióticos fue la fiebre, independientemente de su duración.

En ambos padecimientos, ni el nivel socioeconómico de los pacientes, ni las características personales laborales o académicas de los médicos tuvieron relación con la conducta prescriptiva.

Las diferencias de tratamiento entre ambas instituciones parecen ser debidas a la existencia de programas específicos de manejo de DA e IRA en la SS. Se concluye que los médicos que otorgan atención en el primer nivel en la Jurisdicción Coyoacán, independientemente de la institución, de las características clínicas o socioeconómicas de los pacientes o de su perfil profesional, proporcionan una deficiente calidad de atención en IRA y DA, predominando el abuso injustificado de los antimicrobianos, de los medicamentos sintomáticos y de las dietas restrictivas y en cambio sub-utilizan la terapia de hidratación oral.

Se discuten las posibles causas de este fenómeno y se proponen algunas estrategias de solución.

CLAVES: Diarrea aguda, infección respiratoria aguda, conducta terapéutica, antibióticos

* Dirección General de Coordinación Estatal. Secretaría de Salud.

** Académico numerario.

*** Subjefatura de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social.

**** Académico titular

This paper analyzes physician's primary care prescriptive patterns of two public health institutions: the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) and Secretaría de Salud (SS) in acute respiratory infections (ARI) and acute diarrhea (AD) since these two diseases represent the main cause for consultation at primary health care units, and we tried to identify whether the characteristics of the institutions, practitioners and patients can influence their therapeutic behaviour. The study was performed in eighteen primary care units (14 of SS and 4 of IMSS) located in Coyocan, Mexico City. Patients were randomly selected by means of sampling share for each physician included in the study and were stratified by age group. Immediately before medical consultation they were interviewed using a standardized questionnaire, data were collected concerning symptoms, signs, evolution of the illness, and after, the consultation, the treatment prescribed, the clinical records and written prescriptions were also registered.

A sample was obtained of 501 cases of AD (SS n=240 IMSS n=251) and 1787 cases of ARI (SS n=735 IMSS n=1051,) treated by 118 physicians (SS n=51 IMSS n=58).

In AD in both institutions antimicrobials were prescribed in more than 70% of the cases and symptomatics reached 100%. However, the oral hydration in children under 5 years of age was only 56.4% in SS and 34.4% in IMSS ($p < 0.01$). More than 30% of the patients were placed on restrictive diets or abstinence of food in both institutions. In SS different drugs were prescribed to those registered in the essential list in 64.3% of patients. Fever and clinical evolution of less than five days were the clinical signs that influenced the prescribing of antibiotics and abdominal pain and bloody diarrhea for prescribing antiparasitics.

In ARI, in both institutions, antibiotics were prescribed in 70% and symptomatics in 100% of the cases. However, to treat rhinopharyngitis, in the SS less antibiotics were used than in the IMSS (57.1 vs 80.4) ($p < 0.01$). In SS 87.9% of drugs not included in their essential list were prescribed. Fever was the only clinical sign associated with the use of antibiotics.

In both diseases, neither the patient's social status or physician's characteristics such as work or academic history, had any relation to their prescriptive behaviour.

The treatment differences found between both institutions can be explained by the therapeutic schedules for AD and ARI established in the SS. We concluded that the general practitioners of primary care settings in Coyocan, Mexico, provide a low quality care in the treatment of AD and ARI because (1) antibiotics were used without justification, (2) Patients were treated with symptomatic drugs and restrictive diets, and (3) Oral hydration in children was not prescribed when indicated.

In this paper we propose some reasons for this problem and suggest strategies for its resolution.

KEY WORDS: Acute diarrhea, acute respiratory infections, prescriptive patterns, antibiotics.

Introducción

El abuso en la prescripción de medicamentos es un problema cada vez de mayor relevancia.^{1,2} La explicación de este fenómeno es compleja, pero resaltan algunos aspectos mencionados en la literatura: 1) La presión que ejercen los pacientes por recibir algún medicamento cuando acuden a consulta,³ 2) La falta de un juicio clínico y/o farmacológico sólido,⁴ 3) La conducta médica curativa que le lleva a siempre tratar de "hacer algo",⁵ 4) El efecto "placebo" tanto para el paciente⁶ como para el médico 5) La aparente "experiencia clínica propia",⁶ y 6) La influencia de la industria químico-farmacéutica.^{7,8}

De todos estos aspectos, resalta, para nosotros, el mencionado en segundo lugar o sea la falta de un juicio clínico-terapéutico sólido. Esto, probablemente se relaciona con la tendencia educativa del médico en los hospitales, en donde reciben una educación superficial y sesgada en el tratamiento de las enfermedades del primer nivel de atención.⁹ Esta

tendencia educativa se encuentra tanto a nivel de licenciatura como en posgrado, incluyendo las residencias de medicina familiar.

La diarrea aguda y la infección respiratoria aguda, constituyen la causa principal de consulta¹⁰ y son padecimientos en general autolimitados, con patrones prescriptivos claramente establecidos, sencillos y de bajo costo.^{11,12} A pesar de lo anterior, tanto en publicaciones en el extranjero^{13,14} como en trabajos previos realizados en clínicas de atención primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social,^{15,16} se ha observado un gran abuso en la prescripción de antimicrobianos y de los medicamentos sintomáticos y en cambio, un uso poco frecuente de las medidas más importantes como son la hidratación oral y la indicación de dietas habituales en la diarrea aguda¹⁷ y de los antibióticos utilizados adecuadamente en las infecciones respiratorias agudas complicadas.¹⁸

Aunado a lo anterior, es importante conocer si los patrones prescriptivos de los médicos de atención primaria son diferentes de acuerdo a las instituciones de salud en que ellos laboran

o si estos patrones prescriptivos tienen que ver con las características específicas de cada uno de los médicos.

En base a las consideraciones previas, el presente estudio tiene como objetivos:

- Describir los patrones prescriptivos de los médicos de dos instituciones de salud: IMSS y SS, las cuales son diferentes en su organización y en el tipo de población que atienden.
- Analizar la conducta prescriptiva de los médicos en los dos motivos más frecuentes de consulta en el primer nivel de atención: diarrea aguda e infecciones respiratorias agudas.
- Identificar las características de los pacientes o de los médicos que pueden haber influido en la conducta prescriptiva.

Material y Método

El estudio se llevó a cabo en la Jurisdicción Coyoacán de la ciudad de México, en 18 unidades del primer nivel de atención: cuatro Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social y 14 Clínicas de la Secretaría de Salud, durante los meses de septiembre a diciembre de 1989.

Un grupo de enfermeras, seleccionó diariamente de la consulta externa del turno matutino, pacientes que acudieron por diarrea aguda (DA) o por infección respiratoria aguda (IRA) hasta cubrir una cuota de 15 pacientes con IRA y cinco pacientes con DA por cada médico incluido en el estudio. Para evitar sesgos en relación con los grupos de edad, la muestra se estratificó de la siguiente manera: a) un 60% de menores de cinco años, b) un 20% entre cinco y 24 años y c) otro 20% de mayores de 24 años.

En el caso de los pacientes con DA, las características clínicas para su inclusión fueron: presencia de tres o más evacuaciones en las últimas 24 horas y evolución menor de 14 días. De los pacientes con IRA se incluyeron en el estudio aquellos con evolución menor de 21 días y que el padecimiento respiratorio agudo fuese el motivo principal de la consulta.

A los pacientes elegidos o al familiar responsable en el caso de los menores de 15 años se les aplicó un cuestionario precodificado. En la primera parte (antes de la consulta médica) se investigó en ambos padecimientos (IRA y DA): datos de identificación, datos clínicos y evolución. La segunda parte del cuestionario se llevó a cabo después de la consulta mediante interrogatorio directo, revisión de la receta y del expediente clínico, para obtener información acerca del diagnóstico emitido por el médico y del tratamiento prescrito. A los pacientes con DA se les preguntó en particular sobre la indicación de hidratación oral y de dietas restrictivas o ayuno.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrada con corrección de Yates y la prueba de Fisher¹⁹ considerándose como probabilidad estadísticamente significativa a los valores de $p < 0.01$.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 501 casos de DA (IMSS $n=261$, SS $n=240$) y 1787 casos de IRA (IMSS $n=1051$, SS $n=736$), tratados por 119 médicos (IMSS $n=68$, SS $n=51$).

Diarrea aguda

Prescripción médica en ambas instituciones (Cuadro I).

Uso de antimicrobianos: se encontró un alto porcentaje de prescripción de antimicrobianos en las dos instituciones, pero fue mayor en la SS (IMSS 72.7% y SS 100%) ($p < 0.01$). El antibiótico más utilizado tanto en el IMSS como en la SS fue la ampicilina pero los médicos de esta última utilizaron con mayor frecuencia furazolidona y neomicina ($p < 0.01$). Cabe aclarar que estos dos antibióticos estuvieron generalmente combinados con algún antidiarreico.

Se utilizaron antiparasitarios en porcentajes similares en ambas instituciones; el más frecuentemente prescrito fue el metronidazol seguido de la diiodohidroxiquinoleína. En relación a los medicamentos sintomáticos, la única diferencia significativa entre ambos grupos, estudiados fue la mayor prescripción de antiespasmódicos en el IMSS ($p < 0.01$). Un hallazgo relevante es el alto porcentaje de uso de medicamentos fuera del Cuadro Básico por parte de los médicos de la SS (63.8%).

A pesar de la diversidad de medicamentos utilizados y las diferencias encontradas entre las dos instituciones, el número de medicamentos prescritos por paciente fue similar: 1.9 en el IMSS y 2.1 en la SS.

Prescripción de hidratación oral, remedios caseros y dietas restrictivas (Cuadro II).

La prescripción de hidratación oral se analizó sólo en niños menores de cinco años de edad, encontrándose que se indicó más frecuentemente dentro de la SS (56.4 vs 34.4) ($p < 0.01$). Otro hallazgo importante fue la indicación de dietas restrictivas, pues se utilizaron en más del 30% de todos los casos, predominando su indicación en el IMSS. (43.6 vs 31.2) ($p < 0.01$). La prescripción de solución casera, remedios caseros, ayuno y suspensión del seno materno no fue diferente entre las dos instituciones.

Tratamiento prescrito en relación con las características clínicas de las pacientes (Cuadro III).

La hidratación oral se prescribió con mayor frecuencia, en ambas instituciones, en los niños menores de cinco años. La indicación de antibióticos por los médicos de la SS fue más frecuente cuando la evolución clínica fue menor de cinco días y cuando hubo presencia de fiebre ($p < 0.01$).

La prescripción de antiparasitarios por los médicos del IMSS fue significativamente mayor en presencia de cólico

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR LOS MEDICOS PARA EL TRATAMIENTO
DE LA DIARREA AGUDA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION
DEL IMSS Y LA SS**

MEDICAMENTOS	INSTITUCION		VALOR DE P
	IMSS n=261* %	SS n=240+ %	
ANTIMICROBIANOS	72.7	100.0	<0.01
ANTIBIOTICOS	28.3	64.6	<0.01
-AMPICILINA	23.0	24.1	NS
-TMP-SMZ	1.5	4.6	NS
-CLORANFENICOL	1.9	4.6	NS
-FURAZOLIDONA	0.8	18.3	<0.01
-NEOMICINA	0.0	9.2	<0.01
-COLIMICINA	0.0	1.3	NS
-OTROS	1.1	2.5	NS
ANTIPARASITARIOS	44.4	37.5	NS
-METRONIDAZOL	26.1	28.4	NS
-OTROS IMIDAZOLES	1.5	0.7	NS
-DIYODOHIDROXIQUINOLEINA	16.9	6.6	<0.01
ANIDIAREICOS	46.4	43.8	NS
-CAOLIN Y PECTINA	42.5	39.2	NS
-DIFENOXILATO CON ATROPINA	3.0	2.9	NS
-LOPERAMIDA	0.0	0.8	NS
-OTROS	0.0	0.8	NS
ANTIESPASMODICOS	30.2	7.1	<0.01
ANTIEMETICOS	5.3	3.3	NS
MEDICAMENTOS FUERA DEL CUADRO BASICO	0.0	63.8	<0.01

* 1.9 MEDICAMENTOS PARA CADA PACIENTE
+ 2.1 MEDICAMENTOS PARA CADA PACIENTE
NS= NO SIGNIFICATIVA

($p < 0.01$). En cambio, los médicos de la SS los prescribieron más frecuentemente cuando hubo sangre en las evacuaciones ($p < 0.01$).

El ayuno se indicó con mayor frecuencia por los médicos del IMSS en niños menores de cinco años de edad y también en pacientes con una evolución clínica menor de tres días.

No se encontró ningún otro tipo de asociación con las características clínicas o socioeconómicas de los pacientes, incluyendo el estado de nutrición, el estado de hidratación y el nivel socioeconómico (datos no presentados en el Cuadro).

Infecciones respiratorias agudas

Tratamiento prescrito por los médicos en ambas instituciones (Cuadro IV)

Se encontró un alto porcentaje de prescripción de antimicrobianos en ambas instituciones (IMSS 85.5%, SS 70.4%), predominando en el IMSS ($p < 0.01$). Los médicos de la la SS prescribieron drogas antivirales, mientras que los médicos del IMSS no las utilizaron (no se encuentran en el Cuadro Básico de medicamentos). En relación a la prescripción de medica-

PRESCRIPCIÓN DE HIDRATACION, ORAL REMEDIOS CASEROS Y DIETAS RESTRICTIVAS EN LOS CASOS DE DIARREA AGUDA POR LOS MEDICOS DEL IMSS Y LA SS

MEDICAMENTOS	INSTITUCION		VMCR DE P
	IMSS n=261 %	SS n=240 %	
HIDRATACION ORAL ^a			
ELECTROLITOS ORALES	34.4	56.4	<0.01
SOLUCION CASERA	6.9	5.5	NS
REMEDIOS CASEROS	27.2	26.3	NS
AYUNO	11.8	10.4	NS
SUSPENSION SELECTIVA DE ALIMENTOS	43.6	31.2	<0.01
SUSPENSION DEL PECHO ^b	0.0	2.5	NS

^a. EN MENORES DE 5 AÑOS (IMSS=83, SSA = 163)
^b. EN MENORES DE 1 AÑO (IMSS=40, SSA = 80)

mentos sintomáticos como analgésicos, antisépticos y antihistamínicos, los porcentajes de utilización son más altos en el IMSS ($p < 0.01$), mientras que los médicos de la SS prescriben con mayor frecuencia otros tipos de medicamentos como antiinflamatorios, broncodilatadores, fluidificantes y medicamentos fuera del Cuadro Básico (87.9%) ($p < 0.01$). El promedio de medicamentos prescritos por consulta a cada paciente fue de 2.1 en el IMSS y de 2.0 en la SS ($p < 0.05$).

Antibióticos prescritos por los médicos en relación al diagnóstico clínico (Cuadro V).

Se analizaron los dos síndromes más frecuentes: rinofaringitis y faringoamigdalitis. En rinofaringitis se observó predominio de prescripción de antimicrobianos en el IMSS (80.4%), en comparación con la SS (57.1%) ($p < 0.01$). En faringoamigdalitis los antimicrobianos se utilizaron en un porcentaje superior al 90% en ambas instituciones. En cuanto al tipo de antimicrobianos, en el IMSS se prescribió con mayor frecuencia eritromicina y penicilina procaína, mientras que en la SS se prescribieron con mayor frecuencia ampicilina, penicilina benzatina y otro tipo de antibióticos (amikacina, gentamicina, amoxicilina y drogas antivirales).

Frecuencia de utilización de antibióticos en relación con las características clínicas de los pacientes (Cuadro VI).

En ambas instituciones la presencia de fiebre fue el único dato clínico relacionado en forma significativa con la prescrip-

ción de antimicrobianos ($p < 0.01$), independientemente que la fiebre tuviera una duración mayor o menor de tres días.

Al igual que en DA, tampoco se encontró asociación entre el estado nutricional o el nivel socioeconómico de los pacientes con los tipos de medicamentos prescritos (datos no presentados en el Cuadro).

Análisis de la conducta prescriptiva de los médicos en relación a sus características personales: (datos no presentados en Cuadro). Tanto en IRA como en DA no se encontró ninguna asociación significativa entre la frecuencia de prescripción de los diferentes medicamentos y las características de los médicos: se analizó la edad de ellos, su sexo, su antigüedad en la institución, su antigüedad en la unidad médica, sus actividades docentes, su participación en otras actividades médicas o no médicas, el contacto con agentes de laboratorios farmacéuticos y el antecedente de haber tenido cargos administrativos. En ninguna de estas variables se encontró una relación con la conducta prescriptiva.

Análisis de la conducta prescriptiva de los médicos en relación a su grado académico (Cuadro VII). Al dividir a los médicos de acuerdo a su especialidad, no se encontraron diferencias en cuanto al patrón prescriptivo en ninguno de los dos padecimientos, siendo relevante que el porcentaje de tratamiento correcto tanto en diarrea como en las infecciones respiratorias fue, en el mejor de los casos, de 31%.

TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA EN RELACION CON
LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES

PRINCIPALES DATOS CLINICOS	PORCENTAJE CON LA CARACTERISTICA DESCRITA									
	N		HIDRATACION ORAL		ANTIBIOTICO		ANTIPARASITARIO		AYUNO	
	IMSS	SS	IMSS	SS	IMSS	SS	IMSS	SS	IMSS	SS
EDAD (años)										
< 5	93	163	23.6	33.3	33.3	52.3	30.1	30.0	18.2	11.1
5 - 14	34	34	8.8*	26.5*	32.4	58.8	55.9	29.4	11.8*	9.6
15 >	134	43	2.2	2.3	21.6	62.7	51.4	25.5	7.4	9.3
EVOLUCION (dias)										
< 3	150	126	12.7	38.1	28.0	57.1	42.7	27.0	17.3	13.5
3 - 5	86	97	10.5	42.3	29.1	58.8*	44.2	32.0	4.7*	8.2
6 - 14	25	16	0.0	50.0	16.7	18.8	54.2	25.0	4.2	0.0
NUMERO DE EVACUACIONES										
3 - 5	165	151	8.5	34.4	27.3	57.6	45.5	31.1	10.3	9.9
6 - 10	86	78	15.1	53.8	25.6	47.4	44.2	25.6	15.1	10.3
> 10	10	11	10.0	27.3	40.0	81.8	30.0	27.3	10.0	18.2
COLICO	157	64	2.5	10.9	23.6	59.4	54.1*	29.7	8.3	11.0
FIEBRE	39	24	2.6	29.2	38.5	79.2*	33.3	12.5	12.8	11.3
VOMITO	51	25	5.9	32.0	25.5	56.0	39.2	24.0	15.7	12.0
SANGRE EN HECES	27	23	25.9	43.5	29.6	47.8	59.3	57.2*	18.5	8.6

* p < 0.01

Discusión

Es importante resaltar que la metodología que utilizamos en esta investigación no analiza lo que el médico considera que debería prescribir en IRA o en DA, sino que mediante la encuesta aplicada directamente a los pacientes, la revisión del expediente clínico y de la receta médica, explora la conducta prescriptiva real de los médicos del primer nivel de atención en estas dos instituciones de salud: el IMSS y la SS. Por otro lado, también debemos mencionar que lo observado en estas

18 unidades médicas (cuatro del IMSS y 14 de la SS) de la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán no se puede considerar representativa de lo que acontece en el país, pero pone de manifiesto un problema que en menor o mayor grado probablemente existe en forma general.²⁰

Los resultados permiten observar claramente el abuso importante que existe en la prescripción de medicamentos en el tratamiento de IRA y DA en el primer nivel de atención en ambas instituciones. En diarrea aguda se utilizan antimicrobianos en más del 70% de los casos (antibióticos

EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
EN EL IMSS Y LA SS

CUADRO IV

MEDICAMENTOS	INSTITUCION		VALOR DE P
	IMSS n=301* %	SS n=736+ %	
ANTIMICROBIANOS	85.5	70.4	<0.01
ANTIVIRALES	0.0	4.6	<0.01
ANALGESICOS	48.7	39.4	<0.01
ANTTUSIGENOS	47.0	38.6	<0.01
ANTIHISTAMINICOS	18.6	14.8	NS
OTROS MEDICAMENTOS ¹	4.6	23.8	<0.01
MEDICAMENTOS FUERA DEL CUADRO BASICO	0.0	87.9	<0.01
REMEDIOS CABEROS	29.2	22.1	<0.01

* 2.1 MEDICAMENTOS POR PACIENTE
+ 2.0 MEDICAMENTOS POR PACIENTE

en más de un 64% y antiparasitarios en más de una 44%) y medicamentos sintomáticos en casi el 100% de los pacientes, para obtener una razón de dos medicamentos por cada paciente, en cambio la hidratación oral la utilizan sólo un 30 a 50% de los niños y en más de una tercera parte de los casos se suspenden alimentos o se prescribe el ayuno. En IRA, a pesar de que la mayor parte de los casos correspondió a rinofaringitis, se prescriben antimicrobianos en más del 70% de los casos y medicación sintomática en el 100% de los mismos, para también obtener una razón de dos medicamentos por paciente.

Debido a que las dos instituciones analizadas son muy diferentes en organización y prestación de los servicios, en las características de su personal médico, en el primer nivel de atención y en las características socioeconómicas de la población que atienden^{21,22} considerabamos que la conducta prescriptiva de los médicos iba a ser muy diferente. En términos generales esto no fue así.

Ahora bien, las diferencias estadísticas encontradas, tanto en DA (Cuadros I y II) como IRA (Cuadros IV y V), parecen ser explicadas sólo por dos aspectos:

1. La existencia de programas en IRA y en DA de mayor penetración en la SS, lo que justificaría el menor uso de antimicrobianos en rinofaringitis y la mayor frecuencia de prescripción de hidratación oral y menor suspensión de alimentos en DA en esta institución en comparación con lo encontrado en el IMSS.

2. La existencia de un Cuadro Básico de Medicamentos con carácter de obligatoriedad en el IMSS, lo que explicaría la mayor frecuencia de uso de medicamentos incluidos en el mismo en esta institución, en comparación con el mayor uso de medicamentos fuera de éste en la SS (furazolidona, neomicina, anticolinérgicos, electrolitos comerciales, antiinflamatorios, fluidificantes).

A pesar de lo anterior, como se mencionó antes, el número de medicamentos por paciente es similar en ambas instituciones (dos por paciente).

El análisis de la relación de la conducta prescriptiva entre los médicos de ambas instituciones y las características clínicas de los pacientes nos hace ver que no existen criterios clínicos adecuados en ninguno de los dos padecimientos. Con la excepción de la mayor frecuencia de prescripción de hidratación oral en los niños menores de cinco años, no existe ninguna otra asociación lógica, de acuerdo a las normas establecidas del tratamiento de estas dos enfermedades.^{12,23} Por ejemplo, en diarrea, no se prescriben más antibióticos cuando hay sangre en las evacuaciones o más hidratación oral en los casos con deshidratación y en IRA, no se utilizan más antimicrobianos cuando existe adenopatía, otorrea o ausencia de rinorrea; en cambio, en DA, se utiliza más el ayuno en los niños menores de cinco años y en los primeros tres días de evolución del padecimiento y en IRA el dato clínico pivote para la prescripción de antimicrobianos fue la fiebre, independientemente de la duración de la misma. Es conveniente

**ANTIMICROBIANOS PRESCRITOS POR LOS MEDICOS
DEL IMSS Y LA SS EN DOS SINDROMES DE IRA**

TRATAMIENTO PRESCRITO	RINOFARINGITIS		FARINGOAMIGDALITIS	
	IMSS n=518	SS n=322	IMSS n=499	SS n=338
ANTIMICROBIANOS	80.4	57.1*	95.2	90.8NS
PENICILINA BENZATINA	0.4	2.8*	1.6	5.6*
PENICILINA PROCAINA	25.5	9.9*	42.3	20.4*
AMPICILINA	8.9	21.1*	12.4	23.1*
TMP-SMZ	3.5	6.2NS	3.4	8.3*
DICLOXACILINA	8.1	1.9*	6.8	6.5NS
ERITROMICINA	30.3	6.2*	24.1	13.0*
OTROS	3.7	9.0	4.6	13.9*
ANTIVIRALES	0.0	5.6*	0.0	4.4*

P <0.01 ENTRE LAS DOS INSTITUCIONES
NS= NO SIGNIFICATIVA

resaltar que estas asociaciones entre prescripción y características clínicas son similares en los médicos que laboran en el IMSS o en la SS, lo que apoya otra vez el concepto de la semejanza de la prescripción médica entre ambas instituciones en estos padecimientos.

A pesar de las diferencias importantes entre las características personales de los médicos de la SS y del IMSS²¹, tampoco se encontró ninguna relación entre estas características y los patrones de prescripción. En el Cuadro VII por ejemplo, quisimos resaltar como, tanto los médicos generales (sin estudios de posgrado), como, los médicos generales y los

médicos con otra especialidad, prescriben de forma similar en DA o en IRA.

De acuerdo a los análisis anteriores, nosotros consideramos que los médicos que otorgan atención primaria, independientemente de la institución, de las características clínicas o socioeconómicas de los pacientes y de su perfil profesional, proporcionan una deficiente calidad de atención en DA e IRA, predominando el abuso injustificado de los medicamentos, de las dietas restrictivas y en cambio sub-utilizan la terapia de hidratación oral.

CUADRO VI

FRECUENCIA DE LA UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS SEGUN DATOS CLINICOS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

PRINCIPALES CARACTERISTICAS CLINICAS	NUMERO DE CASOS		FRECUENCIA DE UTILIZACION			
	IMSS n=1051	SS n=734	IMSS	valor de p	SS	valor de p
EDAD (AÑOS)						
< 1	168	165	75.0		61.2	
1 - 4	430	270	90.5		73.3	
5 - 14	154	114	89.0	<0.01	73.7	NS
15-44	228	143	83.3		71.3	
45 Y MAS	71	42	77.5		76.2	
EVOLUCION PREVIA A CONSULTA (DIAS)						
< 3	451	250	88.9		72.0	
4 - 7	475	343	87.7	NS	80.7	NS
8-21	125	143	83.2		76.9	
SINTOMATOLOGIA						
RINORREA	807	540	84.9	NS	68.7	NS
PIEBRE < 3 DIAS	430	235	92.0	<0.01	86.0	<0.01
PIEBRE > 3 DIAS	209	145	95.6	<0.01	92.4	<0.01
ADENOPATIA	596	294	87.1	NS	75.0	NS
DOLOR FARINGEO *	263	175	81.7	NS	74.8	NS
OTALGIA*	176	89	85.8	NS	71.9	NS
OTORREA	34	6	85.3	NS	83.3	NS

* INVESTIGADO SOLO EN NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS (IMSS N=435 SS N=291)

La explicación para este hecho parece relacionarse directamente con: 1. La falta de educación médica adecuada en la licenciatura, en el posgrado y en los cursos de capacitación continua, sobre el tratamiento adecuado de estos dos padecimientos.²⁴ 2. La carencia de programas o de actividades de supervisión y evaluación para el manejo de estas enfermedades.²⁵ 3. Las fuentes inadecuadas de información objetiva y con validez científica, tales como la propaganda de la industria químico-farmacéutica en revistas, congresos o mediante la técnica de visita personal.^{1,7} 4. El limitado o nulo ejercicio académico del médico cuando se enfrenta a padecimientos comunes y cuya historia natural es hacia la curación espontánea.^{26,27}

Se deben plantear estrategias que permitan solucionar la problemática señalada; entre ellas podemos mencionar: a) la inclusión de programas de educación activa sobre el manejo de las enfermedades más frecuentes en la atención primaria en los currícula de las escuelas de medicina.²⁸ b) el empleo de rutas críticas de manejo (algoritmos de tratamiento) basados en criterios clínicos sencillos y con fundamento científico y aplicados con una supervisión adecuada.^{26,29,30} c) el empleo de técnicas de educación activo-participativa para el personal médico que incluya la revisión crítica de bibliografía, la discusión analítica de sus casos clínicos y el desarrollo de investigación operativa.^{28,31,32} d) el control de la propaganda de

ANÁLISIS DE LA CONDUCTA PRESCRIPTIVA DE LOS MÉDICOS EN AMBOS PADECIMIENTOS EN RELACION A SU GRADO ACADÉMICO

CONDUCTA PRESCRIPTIVA	FRECUENCIA DEL TIPO DE CONDUCTA SEGUN GRADO ACADÉMICO			VALOR DE P
	MÉDICOS GENERALES	MÉDICOS FAMILIARES	MÉDICOS CON OTRA ESPECIALIDAD	
	N = 69	N = 27	N = 23	
DIARREA AGUDA	n* = 349	n = 133	n = 134	
TRATAMIENTO CORRECTO *	22.0	24.0	23.1	ns
UTILIZACION INNECESARIA DE ANTIMICROBIANOS ^b	63.0	56.3	62.0	ns
SUSPENSION INJUSTIFICADA DE ALIMENTOS	10.6	17.2	9.0	ns
AYUNO INJUSTIFICADO	3.7	6.0	5.2	ns
NO UTILIZACION DE HIDRATACION ORAL	n* = 286 44.6	n = 44 52.2	n = 71 36.6	ns
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	n* = 1019	n = 394	n = 322	
TRATAMIENTO CORRECTO *	30.6	24.3	31.0	ns
PRESCRIPCION INNECESARIA DE ANTIBIOTICOS	44.7	50.2	45.3	ns

N = NUMERO DE MEDICOS
 n* = NUMERO TOTAL DE PACIENTES
 n^b = NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS
 ** = DE ACUERDO A LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA OMS
 ns = CONSIDERANDO ANTIBIOTICOS Y ANTI PARASITARIOS

la industria químico farmacéutica para que ésta sea veraz, ética y científica.^{33,34}

Los resultados de este trabajo nos han motivado a crear un modelo de educación que incluye la segunda y tercera estrategia antes planteada. Consideramos que para el médico que ya está otorgando servicios, la implementación de algoritmos o rutas críticas de manejo adecuados a sus condiciones de trabajo, mediante métodos activo participativos, podrán modificar en forma favorable su conducta prescriptiva. Hemos diseñado un proyecto para evaluar la utilidad de una interven-

ción educativa con estas características y de acuerdo a los resultados valoraremos la conveniencia de su extensión con el fin de mejorar la calidad de la atención médica otorgada en las unidades del primer nivel.

Agradecimientos

Este trabajo se realizó con el apoyo de los donativos de la Universidad de Harvard (Grant 076 del Applied Diarrheal Disease Research Project) por medio del acuerdo de colaboración con la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de Norteamérica (USAID) y de la Organización Panamericana de la Salud.

Referencias

- Soumerai SB. Factors influencing prescribing. *Aust J Hosp Pharm* 1988; 3:9.
- Soumerai SB, McLaughlin T, Avorn J. Improving drug prescribing in Primary Care. A critical analysis of the experimental literature. *Milbank Q* 1989; 67:268.
- Greenberg RA, Wagner EH, Wolf SH y col. Physician opinions on the use of antibiotics in respiratory infections. *JAMA* 1978; 7:650.
- Gutiérrez TG. El uso injustificado de medicamentos. Un problema grave en aumento. *Arch Invest Med* 1988; 19:329.
- Schwartz R, Soumerai SB, Avorn J. Physician motivations for nonscientific drug prescribing. *Soc Sci Med* 1989; 28:577.
- Gutiérrez G, Bronfman M, Martínez MC, Padilla G, Muñoz O. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea aguda en unidades de atención médica primaria. I. Metodología y características de las unidades médicas y de la población estudiada. *Arch Invest Med* 1988; 19:335.
- Carruthers G, Goldberg T, Segall H. Drug Utilization. A comprehensive literature Review. University of Toronto Ontario Canada, 1987.
- Wierenga B, Jong SJ, Mantel AF. The decision making process of the family physician in choosing a drug. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1989; 133:115.
- Shaughnessy AF, Nickel RO. Prescription-writing patterns and errors in a family medicine residency program. *J Fam Prac.* 1989; 29:290.
- Dirección General de Estadística y Proyectos Estratégicos: Anuario Estadístico. Secretaría de Salud 1989.
- Household management of diarrhea and acute respiratory infections. Report of a scientific meeting at the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. Control Programmes World Health Organization. 1991.
- Case management of acute respiratory infection in children for developing countries. Manual for doctors and other senior health workers. Acute Respiratory Infections Control Programme. World Health Organization. Geneva 1989.
- Obaseiki-Ebor, Akerelo JO, Ebea PO. A survey of antibiotic outpatient prescribing and antibiotic self-medication. *J Antimicrob Chemot.* 1987; 759:63.
- Soumerai SB, Ross DD. Drug prescribing in pediatrics: Challenges for quality improvement. *Pediatrics.* 1990; 86:782.
- Serafin F, Guisacfré H, Muñoz O. Efectos indeseables del uso de los antimicrobianos. *Rev Med IMSS (Mex)* 1985; 23:491.
- Gutiérrez G, Martínez M, Guisacfré H. Encuesta sobre el uso de antimicrobianos en infecciones respiratorias agudas en la población rural mexicana. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 1986; 43:761.
- Muñoz O, Guisacfré H, Bronfman M, Gutiérrez G. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea aguda en unidades de atención médica primaria. IV. Características del tratamiento prescrito por los médicos familiares y los pacientes. *Arch Invest Med* 1988; 19:371.
- Pérez-Cuevas R, Guisacfré H, Reyes H, Muñoz O, Gutiérrez G. Evaluación de una estrategia de educación médica para modificar el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas. XV Congreso Internacional de Infectología. Puerto Vallarta Jal. México 1990.
- Kirkwood BR. *Medical Statistics.* Blackwell Scientific Publications London. 1988:13.
- Duran LL, Frenk J, Becerra J. La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. *Salud Pública*, 1990; 32:181.
- Libreros V, Guisacfré H, Tomé P, Reyes H, Pérez-Cuevas R, Gutiérrez G.: I. Metodología del estudio y características de las unidades médicas, de los médicos y de la población estudiada. *Gaceta Med Méx* 1992; 128:505.
- Tomé P, Guisacfré H, Libreros B, Reyes H, Pérez-Cuevas R, Gutiérrez G.: II. Características clínicas de los pacientes. *Gaceta Med Méx* 1992; 128:515.
- World Health Organization: A manual for treatment of acute diarrhea. document WHO/CDD/SER/80.2. Rev. 1. Gineve 1984.
- Viniegra L. Los intereses académicos de la educación médica. *Rev Invest Clin (Méx).* 1987; 39:281.
- Gutiérrez G, Guisacfré H, Muñoz O. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea aguda en unidades de atención médica primaria. X. Conclusiones y perspectivas de estudio. *Arch Invest Med.* 1988; 19:437.
- Guisacfré H, Muñoz O, Padilla J, Reyes RM. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea aguda en unidades de atención médica primaria. VI. Evaluación de una estrategia dirigida a los médicos familiares, para incrementar el uso de la hidratación oral, y disminuir el de antimicrobiano y dietas restrictivas. *Arch Invest Med.* 1988; 19:395.
- Martínez MC, Guisacfré H, Muñoz O, Gutiérrez G. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea aguda en unidades de atención médica primaria. VII. Análisis del cumplimiento del tratamiento con los esquemas terapéuticos utilizados. *Arch Invest Med (Méx).* 1988; 19: 409.
- Viniegra L. La investigación como herramienta de aprendizaje. *Rev Invest Clin (Méx).* 1988; 40:191.
- Kumar V, Kumar R, Khurana JL. Assessment of the effect of training on management of acute diarrhoea in a primary health care setting. *J Diarrhoeal Dis Res* 1989; 7:70.
- Dabis F, Breman JG, Roisin AJ, Haba F. Monitoring selective components of primary health care: methodology and community assessment of vaccination, diarrhoea, and malaria practices in Conakry, Guinea ASCI-CCCD team. *Bull World Health Organ.* 1989; 67:675.
- Avorn J, Soumerai SB. Improving drug therapy decisions through educational outreach. *N Eng J Med* 1983; 308:1457.
- Molstad S, Hovelius B. Reduction in antibiotic usage following an educational programme. *Fam Prac.* 1989; 6:33.

33. Dukes G, Lunde PK, Melander A y cols. Clinical pharmacology and primary health care in Europe—a gap to bridge. The WHO Working Group on Clinical Pharmacology in Europe. Eur J Clin Pharmacol. 199; 38:315.

34. Hvidberg EF, Pedersen PA. Therapeutic trials in general practice, an unmet need. Dan Med Bull 1990; 37:84.



Nativos de la Española. Representación europea de sus costumbres.

Tomado de: *The Opening of the World*, David Divine

V. Cumplimiento terapéutico y desperdicio de medicamentos

HORTENSIA REYES*
ONOFRE MUÑOZ**
HECTOR GUISCAFRE**
RICARDO PEREZ CUEVAS***
VITA LIBREROS***
GONZALO GUTIERREZ****

En la diarrea aguda (DA) y en las infecciones respiratorias agudas (IRA), se prescriben gran cantidad de medicamentos en forma injustificada, sobre todo antimicrobianos, desconociéndose la proporción del incumplimiento del tratamiento y del desperdicio de los medicamentos. Con el propósito de evaluar estos aspectos en dos instituciones de salud, con diferentes sistemas de atención, se estudiaron 1230 pacientes con IRA y 414 con DA en 18 unidades de atención primaria, cuatro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y catorce de la Secretaría de Salud (SS). De cada paciente se registraron los medicamentos prescritos y las indicaciones de administración. Ocho días después se realizó una visita en su domicilio y se evaluó el cumplimiento y el desperdicio de los medicamentos en base a interrogatorio y observación directa de los sobrantes.

Se encontró que, de manera global, el cumplimiento terapéutico fue bajo en ambos padecimientos, ya que de un 24% a un 47% de los casos consumieron menos del 75% de la cantidad prescrita. Los pacientes del IMSS cumplieron menos las indicaciones de consumo que los pacientes de la SS en todos los medicamentos, pero sobre todo en sintomáticos (52.4 vs 71% en DA y 53.2 vs 75% en IRA). No se encontró diferencia en el grado de cumplimiento de los pacientes tratados por médicos con especialidad en medicina familiar, con otra especialidad o sin especialidad. El desperdicio de los medicamentos varió entre 6.1 y 89.9%; hubo un mayor desperdicio en el IMSS de casi todos los antibióticos en ambos padecimientos, siendo más evidente en DA; los medicamentos sintomáticos se desperdiciaron en la misma proporción (30% o más) en ambas instituciones tanto en IRA como en DA. Se destaca el hecho de que el promedio en gramos de prescripción de antibióticos por paciente fue mayor en el IMSS, y que en la SS la adquisición de los medicamentos fue superior al 65% de la cantidad prescrita.

Se concluye que el cumplimiento de medicamentos es bajo y por lo tanto, el grado de desperdicio muy alto. Las diferencias encontradas en este trabajo pueden estar relacionadas con las condiciones distintas de prescripción (mayor cantidad de medicamentos prescritos en el IMSS) y de adquisición (otorgamiento por la institución de la cantidad prescrita sin costo para el paciente en el IMSS y compra directa por el paciente en la SS), así como a las características de evolución de los padecimientos estudiados. Se proponen alternativas para mejorar el cumplimiento terapéutico y disminuir el desperdicio en los medicamentos.

CLAVES: Infecciones respiratorias agudas, diarrea aguda, antimicrobianos: cumplimiento terapéutico en; desperdicio de medicamentos.

SUMMARY

Multiple drugs are prescribed to treat patients suffering acute diarrhea (AD) or acute respiratory infections (ARI); many of these drugs, as antibiotics, are not justified to be used and the patient's compliance and waste of drugs is not known. In order to evaluate

* Subjefatura de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Académico numerario.

*** Dirección General de Coordinación Estatal. Secretaría de Salud.

**** Académico titular

these two aspects, 1230 patients having ARI and 404 having AD, from 18 primary care medical units, 4 corresponding to the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) and 14 to the Secretaría de Salud (SS) were studied. Individual records of drugs prescribed and instructions to be followed were obtained; eight days later a visit to each patient's home was done to register compliance and waste of drugs, obtaining the information both by interrogatory and by direct observation.

It was found that, globally, treatment compliance was low in ARI as well as AD, because between 24% and 47% of the cases, the patients consumed less than 75% of the drugs prescribed. Patients from the IMSS followed the instructions of treatment less than patients of the SS, for all the drugs, but notoriously for those indicated to relieve symptomatology (52.4% vs 71% for AD and 53.2% vs 75% for ARI). No difference was found in the degree of treatment compliance, either if it was prescribed by physicians with family physician specialty, those with other specialties or without it. Waste of drugs ranged between 6.1% and 89.9%; there was a great waste in the IMSS for more of all antibiotics prescribed for both clinical entities, being more evident in AD; symptomatology relievers were wasted in about the same proportion (30% or more) in both institutions either or AD or ARI. Average in grams of antibiotics prescribed was more in the IMSS than in the SS; drug acquisition was more of 65% of the quantity prescribed, from patients of SS.

It is concluded that the patient compliance is low and the waste of drugs very high. The differences found in this study could be related to the different conditions of prescription. The quantity of drugs prescribed in the IMSS is higher and way of acquisition (given free of charges in the IMSS, and with charges in the SS), as well as to the characteristics of evolution of the clinical entities studied. Alternatives are proposed to improve the patient compliance and lower the waste of drugs.

KEY WORDS: Acute respiratory infections, acute diarrhea, antibiotics: patient compliance in; waste of drugs.

Introducción

Cumplimiento o "adherencia" terapéutica es el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del médico para el manejo de alguna enfermedad.¹ El incumplimiento terapéutico constituye un problema que ha sido estudiado ampliamente en padecimientos crónicos con tratamientos a largo plazo,¹⁻³ y muy poco en enfermedades agudas.⁷⁻¹¹ En este último tipo de enfermedades, que son las que comúnmente se tratan en el primer nivel de atención, se prescriben gran cantidad de medicamentos sobre todo antimicrobianos. Como un ejemplo de ello, podemos mencionar el elevado porcentaje de antibióticos que se indican en las infecciones respiratorias agudas (IRA) y en las diarreas agudas (DA): 90.0 y 76.3% de los casos respectivamente.^{12,13} Desconocemos en estos dos padecimientos, el porcentaje de cumplimiento y de desperdicio de medicamentos, los que probablemente sean elevados.

Es posible que la forma de adquisición del medicamento, ya sea otorgado por una institución o comprado directamente por el paciente o sus familiares, influya en el grado de cumplimiento y desperdicio.

En este trabajo se evaluó la frecuencia de cumplimiento terapéutico, así como la proporción de desperdicio de medicamentos, en dos padecimientos que constituyen las principales causas de consulta en unidades de atención médica primaria, como son las IRA y DA¹⁴ y en dos instituciones de salud con sistemas diferentes de atención: el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salud.

Material y Métodos

Se estudiaron 1230 pacientes con IRA y 414 con DA que asistieron a consulta y reunieron los criterios de inclusión en 18 Unidades de atención primaria de la Delegación Coyoacán de la ciudad de México: cuatro Unidades de Medicina Familiar del IMSS y 14 Centros de Salud de la SS, durante los meses de septiembre a diciembre de 1989. Se seleccionaron a los pacientes en la sala de espera de las Unidades, de acuerdo a la metodología mencionada en el primer trabajo de esta serie.¹⁵ En las clínicas se registraron los medicamentos y las indicaciones de administración de los mismos en un cuestionario que además contenía los datos de identificación y el domicilio del paciente. Ocho días después de la consulta se efectuó una visita domiciliaria donde se obtuvo la información acerca de la presentación y cantidad de los medicamentos adquiridos o proporcionados por la Institución y el consumo de los mismos.

Para fines de este trabajo se incluyeron el 66.8 % de pacientes con IRA y el 68.7% con DA del total analizado en el segundo trabajo de este mismo número¹⁶ y que fueron los que reunieron los siguientes criterios: a) que en la consulta médica se les hubiera otorgado receta con la prescripción de algún medicamento, b) que en la receta se precisara la cantidad o el tiempo de administración c) que en la visita domiciliaria fuera posible verificar por observación directa el consumo de los mismos.

Medición de consumo de los medicamentos y determinación de cumplimiento: Se efectuó interrogatorio y observación directa de los medicamentos sobrantes, registrándose el número

ro de tabletas, los mililitros en caso de suspensiones y las unidades en el caso de ampollitas. La cantidad consumida se calculó restando la cantidad sobrante de la cantidad adquirida por el paciente o proporcionada por la institución. Tanto la cantidad prescrita por el médico como la consumida por el paciente se convirtieron a miligramos de la sal base, independientemente de su presentación. El cumplimiento se expresa como el porcentaje de miligramos consumidos en relación al total de miligramos prescritos.

Medición del desperdicio: En el IMSS se efectuó por medio del cálculo de la diferencia entre el medicamento prescrito y el consumido, ya que ésta institución proporciona la misma cantidad de medicamentos que el médico indica en su receta. En la SS, el mecanismo de adquisición de los medicamentos consiste en la compra directa por el paciente, por lo que el desperdicio se midió de acuerdo a la diferencia entre el medicamento adquirido por el paciente y el consumido. En esta última institución se registró también la proporción de adquisición en relación a la de prescripción.

Análisis de los datos

Se establecieron tres grados de cumplimiento para cada tipo de medicamento: menos del 50%, del 50 al 74% y del 75% y más.

Se determinó la frecuencia de los diferentes grados de cumplimiento por institución y padecimiento y se compararon los grupos mediante Chi cuadrada o probabilidades exactas de Fisher. Se obtuvo la proporción de desperdicio y se comparó la diferencia de cada medicamento entre ambas Instituciones tanto en IRA como en DA por medio de la prueba de diferencia entre proporciones de dos poblaciones. El promedio de gramos prescritos se analizó con los mismos criterios mediante la prueba de comparación de promedios para grupos independientes.¹⁷

Resultados

Para analizar la frecuencia de cumplimiento terapéutico se dividieron los medicamentos en grupos, separándolos en antimicrobianos y sintomáticos tanto en IRA como en DA, agregándose en este último padecimiento los electrolitos orales prescritos a menores de cinco años, en el IMSS y en la SS.

En IRA, se encontró que en más de la mitad de los casos (entre 52.4 y 76.0%) hubo un consumo del 75% o mayor de los medicamentos prescritos, observándose que el cumplimiento fue ligeramente más alto en antibióticos. Al comparar por institución, los pacientes correspondientes a la SS cumplieron significativamente mejor la prescripción en relación a los pacientes del IMSS, independientemente del medicamento indicado (Cuadro I).

Cuadro I. CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO, INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Medicamento (% de cumplimiento)	IMSS %	SS %
Antimicrobianos	n=777	n=388
75 - 100%	66.1	76.8*
50 - 74%	19.6	8.2*
< 50%	14.3	14.9
Antitusígenos	n=432	n=212
75 - 100%	60.6	72.2*
50 - 74%	22.9	16.5
< 50%	16.4	11.3
Analgésicos	n=445	n=207
75 - 100%	52.4	71.0*
50 - 74%	16.4	9.2
< 50%	31.2	19.8*

* p < .01 entre ambas instituciones

En DA, (Cuadro II) los hallazgos fueron similares en cuanto a la proporción de pacientes que cumplieron en más de 75% de la indicación médica, aunque se observa que en el grupo de antibióticos y antiparasitarios, hubo menor consumo que el de antibióticos en IRA y la diferencia entre instituciones sólo fue significativa en medicamentos sintomáticos, a pesar de que en todos los grupos hubo un mejor cumplimiento en la SS. Al analizar el cumplimiento con estos mismos criterios de proporción dividiéndolo por especialidad del médico, éste fue similar en aquellos casos correspondientes a médicos con especialidad en medicina familiar, con otra especialidad y sin ella, tanto en IRA como en DA (Cuadros III y IV).

Cuadro II. CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO, DIARREA AGUDA

Medicamento (% de cumplimiento)	IMSS %	SS %
Antimicrobianos y antiparasitarios	n=217	n=166
75 - 100%	56.2	66.9
50 - 74%	20.7	12.6
< 50%	23.1	20.5
Sintomáticos	n=323	n=68
75 - 100%	53.2	75.0*
50 - 74%	19.9	5.9*
< 50%	26.9	19.1
Electrolitos orales+	n=37	n=55
75 - 100%	56.8	67.3
50 - 74%	24.3	16.4
< 50%	18.9	16.4

+ sólo menores de cinco años

* p < .01 entre ambas instituciones

Con respecto a desperdicio de medicamentos en IRA (Cuadro V), éste varió entre 6.1 y 54.2%; puede observarse que en la SS los antibióticos con excepción de eritromicina, tuvieron un desperdicio menor del 20% en relación a la

cantidad adquirida, mientras que en el IMSS este desperdicio en general fue mayor en relación a la cantidad otorgada con diferencia significativa entre ambas instituciones en ampicilina y trimetoprim-sulfametoxazol. No se encontró diferencia en el desperdicio de medicamentos sintomáticos, con el más alto porcentaje de medicamentos no consumidos (50.5 en la SS y 54.2% en el IMSS) en el grupo de analgésicos.

Cuadro III. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD DEL MÉDICO. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Medicamento (% de cumplimiento)	Medicina Familiar (n=28)+ %	Otra Especialidad (n=24)+ %	Sin Especialidad (n=69)+ %
Antimicrobianos y antivirales	n=238	n=320	n=607
75 - 100%	69.7	68.1	70.0
50 - 74%	16.0	16.9	15.0
< 50%	14.3	15.0	15.0
Antitusígenos	n=130	n=167	n=347
75 - 100%	65.4	59.9	66.6
50 - 74%	20.8	27.5	17.6
< 50%	13.8	12.6	15.8
Analgésicos y antipiréticos	n=138	n=188	n=326
75 - 100%	57.2	49.5	63.8
50 - 74%	16.7	18.6	10.4
< 50%	26.1	31.9	25.8

+ Número de médicos

En DA (Cuadro VI) hubo una amplia variación de desperdicio, desde 10.0 hasta 89.4% siendo en casi todos los antibióticos significativamente mayor en el IMSS sobre todo en el caso de furazolidona. Al igual que en IRA, los sintomáticos fueron desperdiciados en una proporción similar en ambos grupos y en electrolitos orales tampoco se observó diferencia significativa. Cabe señalar que en la SS la adquisición de medicamentos en relación a su prescripción fue a excepción de metronidazol, superior al 65% y en algunos casos mayor a la cantidad indicada por el médico. También debe hacerse notar que para la mayoría de los antimicrobianos, el promedio en gramos de prescripción por paciente fue mayor en el IMSS, mientras que en el grupo de medicamentos sintomáticos no hubo diferencia en ambas instituciones.

Discusión

Los resultados obtenidos en este trabajo deben evaluarse tomando en cuenta los siguientes aspectos: los métodos de medición utilizados para determinar cumplimiento, que fueron entrevista a los pacientes y observación directa de los medicamentos sobrantes, se seleccionaron por su facilidad de

Cuadro IV. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD DEL MÉDICO. DIARREA AGUDA

Medicamento (% de cumplimiento)	Medicina Familiar (n=28)+ %	Otra Especialidad (n=24)+ %	Sin Especialidad (n=69)+ %
Antimicrobianos y Antiparasitarios	n=79	n=85	n=220
75 - 100%	51.9	54.1	69.1
50 - 74%	22.8	23.5	11.4
< 50%	25.3	22.4	19.5
Sintomáticos	n=121	n=92	n=178
75 - 100%	55.4	50.0	64.0
50 - 74%	14.9	19.6	17.4
< 50%	28.1	30.4	18.6
Electrolitos Orales++	n=6	n=25	n=61
75 - 100%	66.6	72.0	62.3
50 - 75%	16.7	16.0	21.3
< 50%	16.7	12.0	16.4

+ Número de médicos

++ En menores de cinco años

Cuadro V. DESPERDICIO DE MEDICAMENTOS INDICADOS POR EL MÉDICO. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Medicamento	IMSS (n=780)		SS (n=450)		
	Gramos prescritos y otorgados+	Desperdicio de acuerdo a lo otorgado+ %	Gramos prescritos+	Cantidad adquirida de la a la adquisición+ %	Desperdicio de acuerdo a la adquisición+ %
ANTIMICROBIANOS					
Penicilina benzatínica	2.2	17.8	0.9**	102.1	6.1*
Penicilina procaina	3.1	17.6	2.2	102.4	18.1
Ampicilina	6.5	35.3	5.3	75.3	16.3**
Trimetoprim	—	—	—	—	—
Sulfametoxazol	2.2	45.6	1.6	166.2	8.9**
Dicloxacilina	5.0	24.7	2.7*	110.2	12.5*
Eritromicina	4.8	36.0	4.3	81.2	45.0
Cefalosporinas++	—	—	6.8	65.4	8.3
OTROS					
ANTIBIÓTICOS	6.2	28.9	4.2	71.9	24.4
ANTIVIRALES++	—	—	0.8	100.0	24.2
ANALGÉSICOS	5.5	54.2	4.4	121.3	50.5
ANTITUSIGENOS	0.8	39.2	0.7	87.9	43.2
ANTIHISTAMÍNICOS	0.9	34.3	0.7	69.8	29.8

+ Promedio por paciente

* < .05 entre ambas

++ Medicamento fuera del cuadro básico

** < .01 instituciones

n = Número de pacientes estudiados

aplicación al tipo de población estudiada, ya que todos fueron pacientes ambulatorios de Unidades de Atención Médica primaria. Estos métodos han sido los más frecuentemente

Cuadro VI. DESPERDICIO DE MEDICAMENTO INDICADOS POR EL MÉDICO. DIARREA AGUDA

Medicamento	IMSS (n=271)		SS (n=143)		
	Gramos prescritos y otorgados+	Desperdicio de acuerdo a lo otorgado+ %	Gramos prescritos+	Cantidad adquirida de la prescripción+ %	Desperdicio de acuerdo a la adquisición+ %
ANTIMICROBIANOS					
Ampicilina	7.8	45.3	4.5*	85.6	26.0*
Trimetoprim					
Sulfametoxazol	2.3	61.1	0.8*	100.0	45.7
Cloramfenicol	13.7	57.7	3.6*	100.0	12.6**
Furazolidona	2.5	70.0	2.9	101.5	10.0**
Otros					
antibióticos	8.4	69.9	2.6*	87.1	76.8
Metronidazol	8.8	38.6	14.3*	47.6	32.7
Diyodohidroxi-quinoleína	28.9	38.6	8.5*	98.6	56.2
ANTI-DIARREICOS	34.5	49.2	36.1	95.4	51.7
ANTI-SPAMÓDICOS	1.8	64.9	1.1	108.2	32.5*
ANEMÉTICOS	1.2	89.3	1.1	100.1	89.4
ELECTROLITOS ORALES++	56.7	22.1	48.5	96.2	35.2

+ Promedio por paciente * < .05 entre ambas
 ++ Medicamento fuera del cuadro básico ** < .01 instituciones
 n = Número de pacientes estudiados

descritos en estudios de cumplimiento terapéutico en padecimientos agudos,^{7,8,10,11,18} encontrándose que la entrevista es altamente confiable, ya que puede detectar correctamente cumplimiento en más de un 85% de las ocasiones,^{19,20} y la observación de los medicamentos en aproximadamente 75%²¹ cuando se prueban contra el ensayo urinario. El valor de corte para decidir cuando un paciente cumple con el tratamiento varía de acuerdo a cada autor,^{9-11,18,22} y se acepta considerar cumplimiento cuando se consumió un 80% o más del tratamiento indicado.²³ En este estudio decidimos describir la proporción de pacientes que cumplieron a diferentes cortes para tener mayor información de este punto, sin establecerse una clasificación solamente cualitativa.

Al analizar los resultados de cumplimiento de acuerdo al padecimiento observamos que en DA los antibióticos se consumieron en proporción similar que los sintomáticos, lo que hablaría de que posiblemente el paciente o familiar no identifique la importancia de un tratamiento completo para la curación total, o bien que la duración de la enfermedad (en más del 50% de los casos de DA ésta es entre tres y cinco días)¹⁶ no permite cumplir con el total de la prescripción médica, ya que el paciente suspende los medicamentos una vez que la sintomatología ha desaparecido; esta posibilidad se ve apoyada por el mayor cumplimiento de los antimicrobianos en los pacien-

tes con IRA (Cuadros I y II), donde es más largo el tiempo de evolución natural del padecimiento (mediana de ocho días).¹⁶

Al comparar por Institución, los pacientes de la SS tuvieron un mejor cumplimiento si consideramos a éste como el consumo de más del 75% de lo indicado por el médico, lo que muy posiblemente se deba a que en esta institución la cantidad promedio que se prescribe por paciente es menor.

Diversos autores han reportado porcentajes de cumplimiento entre 75 y 91% en tratamiento con antibióticos, indicados en su mayoría para otitis media aguda.^{7,8,18,20,22} La menor proporción encontrada en este trabajo puede explicarse por tratarse de pacientes con diferentes tipos de IRA incluyendo aquellos con cuadros leves. Por otro lado, en un grupo de 806 casos del IMSS con diarrea aguda Martínez y col.¹¹ encontraron un cumplimiento de 69% en antibióticos, 51% en sintomáticos y 66% en hidratación oral con un valor de corte de 40%; nuestros resultados indican un cumplimiento ligeramente más alto en el grupo de pacientes de esta institución.

Al tratar de asociar la especialidad de los médicos, con particular énfasis en medicina familiar y el grado de cumplimiento (Cuadros III y IV), se encontró que el contar con éste o algún otro estudio de postgrado no mejora el apego de los pacientes a las indicaciones. Cockburn y col.⁷ reportan, en una investigación en cursos cortos de tratamiento con antibióticos, una asociación entre el cumplimiento terapéutico y la menor edad de los médicos tratantes; ésta y otras variables como la comunicación establecida entre médico y paciente y la comprensión de las indicaciones de prescripción que otros autores han encontrado pueden tener influencia en el cumplimiento.^{24,25} no se analizan en este trabajo y deberán considerarse en estudios posteriores.

Para la interpretación de los resultados en cuanto a desperdicio de medicamentos debe tomarse en cuenta que si bien en el renglón de antibióticos se encontró en casi todos ellos una mayor proporción de este desperdicio en los pacientes del IMSS, en general el promedio en gramos otorgados por paciente sobre todo en DA fue más alto que el promedio en gramos de lo prescrito en la SS. En esta institución debemos considerar además que el desperdicio fue calculado a partir de la adquisición, que no en todos los casos coincidió con la cantidad prescrita. A pesar de estas consideraciones, en medicamentos sintomáticos en su mayoría el desperdicio fue más alto que el de antibióticos y similar en ambas instituciones.

Basados en estas observaciones, podemos concluir que el mayor consumo de medicamentos en la SS y el mayor desperdicio en particular de antibióticos en el IMSS encontrados en este trabajo, muy probablemente se deban a las condiciones diferentes de prescripción y adquisición de los medicamentos, por lo que proponemos algunas alternativas que podrían mejorar el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes en este tipo de padecimientos:

10. Seleccionar apropiadamente a los pacientes que requieren tratamiento con antimicrobianos, por medio del uso de algoritmos sencillos que permitan al médico un diagnóstico y tratamiento adecuados, disminuyendo el uso injustificado de antimicrobianos.

20. Establecer esquemas de dosis y tiempo de tratamiento de antimicrobianos, que sean indicados una vez identificados los casos que así lo requieran.

30. Racionalizar el uso de medicamentos sintomáticos tomando en cuenta el tiempo de evolución natural de estas enfermedades y la toxicidad potencial de este tipo de drogas.

40. Restringir en la SS la prescripción de medicamentos fuera del Cuadro Básico, algunos de ellos costosos, lo que favorece una menor adquisición por parte del paciente.

50. En la SS, la prescripción a granel disminuiría el costo pagado por el paciente y el desperdicio de los medicamentos.

Consideramos que la utilización de estrategias que permitan mejorar el cumplimiento terapéutico son indispensables para lograr una mayor eficiencia del tratamiento y evitar o reducir el impacto económico derivado del desperdicio de los medicamentos prescritos.

Agradecimientos

Este trabajo se realizó con el apoyo de los donativos de la Universidad de Harvard (Grant 076 del Applied Diarrheal Disease Research Project) por medio del acuerdo de colaboración con la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de Norteamérica (USAID) y de la Organización Panamericana de la Salud.

Referencias

1. Blackwell B. Treatment adherence. *Brit J Psychiat* 1976; 129:513.
2. Linn M, Linn B, Stein S. Satisfaction with ambulatory care and compliance in older patients. *Med Care* 1982; 20: 606.
3. Steiner J, Koepsell T, Fihn S, Inuit T. A general method of compliance assessment using centralized pharmacy records. *Med Care* 1988; 26:814.
4. Cramer J, Mattson R, Orevey M, Scheyer R, Oullette V. How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. *JAMA* 1989; 261.
5. Rudd P, Bynny R, Zachary V et al. The natural history of medication compliance in a drug trial: limitations of pill counts. *Clin Pharmacol Ther* 1989; 46:169.
6. Pullar T, Kumar S, Tindall H, Geely M. Time to stop counting the tablets? *Clin Pharmacol Ther* 1989; 46: 163.
7. Cockburn J, Gibberd R, Reid A, Sanson R. Determinants of non-compliance with short term antibiotic regimens. *Brit Med J* 1987; 295:814.
8. Feldman W, Sutcliffe T, Dulberg C. Twice-daily antibiotics in the treatment of acute otitis media: trimethoprim-sulfamethoxazole versus amoxicillin-clavulanate. *Can Med Assoc J* 1990; 142:115.
9. Ellison R, Altmeier W. Effect of use of a measured dispensing device on oral antibiotic compliance. *Clin Pediatr*

- 1982; 21:668.
10. Lima J, Nazarian L, Charney E, Lathi C. Compliance with short-term antimicrobial therapy: some techniques that help. *Pediatrics* 1976; 57:383.
11. Martínez C, Guiscafré H, Muñoz O, Gutiérrez G. Análisis del cumplimiento del tratamiento con los esquemas terapéuticos utilizados. *Arch Inv Med (Méx)* 1988; 19:409.
12. Pérez-Cuevas R, Guiscafré H, Muñoz O, Gutiérrez G. Evaluación de una estrategia activo-participativa para modificar el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en Unidades de atención primaria. Memorias de XV Congreso Internacional de Infectología. Puerto Vallarta, México. 1990.
13. Guiscafré H, Muñoz O, Padilla G, Reyes R, González E, Bronfman M, Gutiérrez G. Evaluación de una estrategia dirigida a los médicos familiares para incrementar el uso de la hidratación oral y disminuir el de antimicrobianos y dietas restrictivas. *Arch Inv Med (Méx)* 1988; 19:395.
14. Anuario estadístico 1989. Dirección General de Servicios Técnicos y Proyectos Especiales. Dirección de Estadística. Secretaría de Salud.
15. Libreros V, Guiscafré H, Tomé P, Reyes H, Pérez-Cuevas R, Gutiérrez G. Patrones de prescripción terapéutica en infección respiratoria y diarrea aguda en dos instituciones de salud. (IMSS y SS). I. Metodología y características de las unidades médicas, de los médicos y de la población estudiada. *Gac Méd de Méx.* 1992; 128:505
16. Tomé P, Guiscafré H, Libreros V, Reyes H, Pérez-Cuevas R, Gutiérrez G. Patrones de prescripción terapéutica en infección respiratoria y diarrea aguda en dos instituciones de salud (IMSS y SS). II. Características clínicas de los pacientes. *Gac Méd de Méx.* 1992; 128:515
17. Daniel W. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3a. Ed México, D. F. Editorial Limusa, 1987; 263.
18. Casey R, Rosen B, Glowasky MA, Ludwig S. An intervention to improve follow-up patients with otitis media. *Clin Pediatr* 1985; 24:149.
19. Buchanan G, Siegel J, Smith S, DePasse B. Oral penicillin prophylaxis in children with impaired splenic function: a study of compliance. *Pediatrics* 1982, 70:926.
20. Williams R, Maiman L, Broadbent D, et al. Educational strategies to improve compliance with an antibiotic regimen. *AJDC* 1986; 240:216.
21. Finney J, Firman P, Rapoff M, Christophersen E. Improving compliance with antibiotic regimens for otitis media. *AJDC* 1985; 139:89.
22. Cockburn J, Reid A, Bowman J, Sanson-Fisher R. Effects of intervention on antibiotic compliance in patients in general practice. *Med J Aust* 1987; 147:324.
23. Sackett D, Haynes R, Tugwell P. *Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine.* Boston/Toronto: Little Brown & Co. 1985:199.
24. Eraker S, Kirscht J, Becker M. Understanding and improving compliance. *Ann Int Med* 1984; 100:258.
25. Mattar M, Markello J, Yaffe S. Inadequacies in the pharmacologic management of ambulatory children. *J Pediatr* 1975; 87:137.

VI. Conclusiones y perspectivas de estudio. Estrategias para inducir el cambio

HECTOR GUISCAFRE*
GONZALO GUTIERREZ**

En una investigación previa¹ pudimos evaluar la conducta prescriptiva de los médicos del primer nivel de atención en los casos de diarrea aguda en dos unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Observamos que prescribieron tratamiento antimicrobiano (antibiótico o antiparasitario) en una proporción injustificadamente elevada de los casos (76.3%); que prescribieron hidratación oral en una proporción baja (33.5% de los menores de cinco años) y que frecuentemente indicaron dietas restrictivas (38.6%). Los pacientes no cumplieron con los medicamentos indicados en más de un 30% de los casos.² No encontramos ninguna relación entre las características individuales y profesionales de los médicos y el tipo de tratamiento prescrito. Concluimos que la mayoría de los médicos no tenían o no utilizaban la información científica necesaria para el tratamiento racional de la enfermedad diarreica aguda.³

Se decidió entonces realizar un taller de educación médica de tipo activo-participativo⁴ con todos los médicos de las clínicas, el cual incluyó: 1). Discusión bibliográfica de la literatura reciente sobre el tema. 2). Análisis de la conducta prescriptiva de los mismos médicos y 3). Diseño de un esquema terapéutico tipo algoritmo, adaptado a sus condiciones de trabajo, para el manejo de los casos de diarrea aguda no complicados. Este algoritmo pone énfasis en la utilización de la hidratación oral y en la prescripción de dietas habituales, así como en la indicación de antimicrobianos sólo en los casos de diarrea con sangre. El taller fue de corta duración (cinco horas) pero logró modificar en forma importante la conducta prescriptiva de los médicos: incrementó el uso de hidratación oral al 62% y disminuyó el uso de antimicrobianos a un 40% y de dietas restrictivas a un 11%.

* Académico numerario

** Académico titular

El tratamiento prescrito de acuerdo al algoritmo fue bien aceptado por los pacientes, mejoró la evolución clínica de los casos, mostró una buena sensibilidad para detectar shigellosis y amibiasis, que son los casos de diarrea aguda que necesitan tratamiento antimicrobiano, y logró disminuir el costo de los medicamentos prescritos en un 35.5% y el desperdicio de los mismos en un 50.7%.⁵

Nos planteamos entonces la necesidad de conocer la conducta prescriptiva de los médicos de atención primaria en otras instituciones de salud y en otros padecimientos comunes, como las infecciones respiratorias agudas. Queríamos también evaluar si la estrategia educativa que utilizamos podía ser adecuada para su aplicación a médicos con otras características individuales, profesionales y laborales, en un sistema de salud diferente, en otro padecimiento común y en mayor escala. Por tal motivo decidimos realizar una investigación en todas las unidades médicas del primer nivel de atención de la Secretaría de Salud (SS) y el IMSS en la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán de la ciudad de México, para conocer la conducta prescriptiva de los médicos en diarrea aguda y en infecciones respiratorias agudas y después de ello realizar la intervención educativa y evaluar su impacto.

Los resultados de la fase inicial del proyecto han sido para nosotros muy interesantes, por lo que decidimos publicarlos en los primeros cinco artículos de este número de *Gaceta*. Las principales conclusiones que de ellos se derivan son las siguientes:

1. Las características de las unidades médicas, de los médicos, de las consultas que se otorgan y de la población usuaria de la SS y del IMSS, en las unidades del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Coyoacán en la ciudad de México, tienen diferencias importantes: a). Las clínicas del IMSS son más grandes y están, en general, mejor equipadas. b). Los médicos de la SS son, en promedio, más jóvenes, tienen

menos estudios de posgrado, realizan con mayor frecuencia otras actividades remuneradas y reciben en un mayor porcentaje a los agentes de laboratorios farmacéuticos, que los médicos del IMSS. c). Los médicos del IMSS atienden a un mayor número de pacientes por día y utilizan en un porcentaje mayor el expediente clínico, que los médicos de la SS; sin embargo, los pacientes del IMSS conocen el nombre de su médico en un porcentaje menor y su tiempo en la sala de espera es mayor que el de los pacientes de la SS. d). La población que atiende la SS tiene, en general, un nivel socioeconómico más bajo que la atendida por el IMSS y los niños menores de un año en la SS tienen una mayor frecuencia de desnutrición de II y III grado.

A pesar de estas diferencias, ambas instituciones comparan algunas de las características estudiadas, entre las que sobresalen las siguientes:

1. Las actividades académicas son escasas, la duración de las consultas es de 9 a 10 minutos, en sólo la mitad de los casos el paciente refiere que el médico le mencionó o le explicó el diagnóstico y las consultas sub-secuentes son poco frecuentes.

2. Los pacientes que acuden por infección respiratoria aguda (IRA) o por diarrea aguda (DA) tienen en general cuadros benignos, asisten a consulta en los primeros tres días de su padecimiento y las características clínicas y la evolución son similares en ambas instituciones. En el IMSS asisten a consulta por estos padecimientos un mayor porcentaje de adultos que en la SS; en esta última, predominan los menores de 15 años.

3. Más del 60% de los pacientes, independientemente de haber asistido a consulta a la SS o al IMSS, habían recibido medicamentos o remedios caseros previos a la consulta con el médico. La autoprescripción de medicamentos reproduce la conducta terapéutica de los médicos (19% de antimicrobianos en DA y 13 a 19% en IRA; 16% de antidiarreicos, 11% de antitusígenos y 38% de analgésicos). En cambio, la autoprescripción de suero de la OMS en los casos de DA, que idealmente debería de ser del 100%, fue de sólo un 7 a 8%. La autoprescripción de ayuno en los casos de DA fue de 20% en los pacientes que acudieron al IMSS y de 35% en aquéllos que acudieron a la SS. La indicación de remedios caseros previos a la consulta fue elevada en los dos padecimientos y en las dos instituciones, lo que comprueba el predominio de conductas terapéuticas tradicionales aún en poblaciones urbanas metropolitanas. Respecto a la autoprescripción de medicamentos la mayoría de los pacientes o sus familiares refirieron haberla utilizado debido a recomendaciones del médico en las consultas anteriores; en cambio, la indicación de remedios caseros y ayuno fue realizada en más de la mitad de los casos por la madre de los pacientes. El boticario tuvo un papel poco significativo tanto en la autoprescripción de medicamentos como de remedios caseros (8%).

4. Los médicos que otorgan atención en el primer nivel en la Jurisdicción de Coyoacán, tanto de la SS como del IMSS, proporcionan un tratamiento inadecuado en IRA y DA, predominando el abuso de la prescripción de antimicrobianos, de medicamentos sintomáticos, y de dietas restrictivas; en cambio, en DA, sub-utilizan la terapia de hidratación oral. Esta conducta prescriptiva no tiene una relación directa ni con las características clínicas de los pacientes, ni con su nivel socioeconómico. En la SS se indica con mayor frecuencia la hidratación oral y se prescriben menos antibióticos en el catarro común, probablemente debido a los programas específicos que se tienen para estos dos padecimientos, en esta institución.

5. El estudio también demostró que el cumplimiento terapéutico fue bajo tanto en IRA como en DA en ambas instituciones (24 a 47% de los casos consumieron menos del 75% de la cantidad prescrita); sin embargo, el cumplimiento fue significativamente mejor en la SS. El desperdicio de medicamentos, varió desde 6.1% a 89.9% y fue mayor en el IMSS. La cantidad en gramos del medicamento prescrito también fue mayor en el IMSS. Los pacientes de la SS adquirieron el medicamento prescrito en una cantidad superior al 65%. Probablemente la mayor cantidad de medicamento prescrito en el IMSS y su otorgamiento, en esta institución sin un pago directo, explican las diferencias encontradas.

6. La conducta prescriptiva de los médicos y el cumplimiento terapéutico de sus pacientes, no tuvo ninguna relación con sus características profesionales. Los médicos familiares, los médicos con otras especialidades o los médicos generales, prescribieron en la misma forma deficiente y sus pacientes cumplieron también en forma similar con el tratamiento indicado. Esto no quiere decir que la preparación de los tres tipos de profesionales sea la misma, sino que para el manejo de la DA y de la IRA, en el primer nivel de atención, los tres grupos de médicos están igualmente mal preparados.

Perspectivas de estudio:

- Deberán ser estudiados con mayor amplitud y profundidad los factores socioeconómicos y culturales que determinan las conductas terapéuticas de los pacientes y sus familiares, tanto en pacientes que acuden a consulta, como en aquellos que se quedan en el hogar.

- Debe de profundizarse también en el estudio del "modelo explicativo" de los médicos para diagnosticar o prescribir en IRA o DA y en otras enfermedades comunes en el primer nivel de atención.

- Es necesario realizar un análisis económico de la conducta prescriptiva actual de los médicos, así como del costo del desperdicio de medicamentos.

- Es conveniente también incluir, en futuros estudios sobre

la calidad de la atención médica en IRA y DA, la capacidad de los familiares y de los médicos para identificar y tratar los factores de riesgo de muerte de los pacientes.

- Deben de realizarse estudios sobre la calidad de la atención médica en el primer nivel en otros padecimientos o motivos de consulta frecuentes, tales como: diabetes, hipertensión arterial, dermatosis, control del niño sano y control de embarazo.

Estrategias para inducir el cambio:

Parecería lógico pensar que lo primero que hay que hacer es preparar, en forma adecuada, al estudiante de medicina para que al terminar su licenciatura sea capaz de diagnosticar y tratar con una alta calidad los padecimientos o motivos de consulta más comunes del primer nivel de atención. Sin embargo, se ha observado, que los programas de las escuelas de medicina siempre van un poco atrás del cambio o los adelantos que se llevan a cabo en los centros de atención a la salud.⁶

Aunado a lo anterior, tenemos claro actualmente, que la enseñanza verbal, aún con el apoyo de material audiovisual, no es suficiente para efectuar cambios sustanciales en los conceptos sobre la salud y la enfermedad, ni de la población ni del personal de salud.⁷

Es necesario aprender "viendo hacer" o aún mejor, "haciendo" bajo una supervisión adecuada, tal como ocurre en la mayoría de las residencias de especialidades médicas en los segundos y terceros niveles de atención.⁸ Desgraciadamente, en el primer nivel, por una serie de motivos ajenos a esta discusión, no existen, en general, las condiciones necesarias para brindar esa enseñanza.

Ahora bien, ¿Cómo inducir el cambio? ¿Cómo lograr que existan los lugares necesarios para que los médicos ya graduados y los estudiantes de medicina puedan aprender "viendo hacer o haciendo supervisadamente"? Las estrategias pueden ser diversas y deben adaptarse a las circunstancias y condiciones locales, así como evaluarse para identificar las más factibles de poder desarrollarse en gran escala. A continuación mencionamos algunas de las que, a nuestro parecer, pudieran reunir las características anteriores:

- El diseño y la implantación de esquemas terapéuticos tipo algoritmo, adaptados a las condiciones de trabajo de los médicos, mediante talleres de trabajo activo-participativos, con la asesoría de expertos en el tema.

- La discusión y análisis de casos clínicos individuales por parte de grupos pequeños de médicos.

- La implantación de programas específicos en gran escala, con esquemas de manejo sencillos y con objetivos precisos, que tengan una difusión adecuada, así como una supervisión eficiente.

- El otorgamiento de consulta de los padecimientos frecuentes del primer nivel catalogados como de bajo riesgo, por personal de salud no médico, previamente capacitado y adecuadamente supervisado.

- La creación de una red de "centros de excelencia docente-asistenciales" que otorguen asistencia de alta calidad y que permitan, al mismo tiempo, ejercer la docencia en la forma antes mencionada.

- La modificación de los currícula de las facultades de medicina y de los programas de las especialidades relacionadas con la patología frecuente del primer nivel, dando un mayor peso a la medicina ambulatoria, con programación de rotaciones a los centros de atención primaria que reúnan las condiciones de calidad en el manejo de ese tipo de padecimiento.

La aplicación de alguna de estas estrategias no es excluyente de otras y puede ser necesario o conveniente la utilización de dos o más de ellas. Nuestro grupo de trabajo ya ha aplicado con éxito la primera estrategia en el caso de la conducta prescriptiva en diarrea aguda¹ y la ha reforzado con la segunda, obteniendo un efecto sostenido a largo plazo.⁹ Su aplicación en otro padecimiento (IRA) y en mayor escala, se esta probando actualmente, tanto en la Jurisdicción de Coyoacán en unidades de la SS y del IMSS, como en el Estado de Tlaxcala, en forma intersectorial, con unidades del ISSSTE, SS e IMSS. La evaluación de su factibilidad y efectividad nos permitirá decidir su extensión aún mayor.

Por otro lado, la implantación de programas específicos, cuando éstos se difunden, ejecutan y supervisan adecuadamente, tienen un éxito importante. Tal es el caso de los programas de control de diarrea y de IRA de la SS en algunos Estados de la República Mexicana como en Tabasco y Zacatecas; desgraciadamente existen muchos otros en los que no se llevan a cabo adecuadamente.

La probable falta de un número suficiente de médicos en un futuro cercano, además de la facilidad que ha demostrado el personal de salud no médico para llevar a cabo, en forma adecuada, el tratamiento de las enfermedades comunes del primer nivel, cuando ha sido bien capacitado, nos hace pensar que posiblemente esta estrategia será conveniente de aplicarse próximamente.

Aunque parece la estrategia de más lenta difusión, se considera que la creación de una red de centros de excelencia docente-asistenciales, puede ser tal vez el paso más adecuado para la preparación constante del personal de salud y por lo tanto para asegurar la permanencia a largo plazo de los programas.

Como se mencionó en el editorial de este número de *Gaceta*, la tarea es enorme y compleja, pero no imposible. Notamos con agrado que los investigadores en Salud Pública, los directivos, los educadores médicos, los médicos generales

y de las diversas especialidades y el público en general, poco a poco están más concientes de estos errores de omisión y de abuso en las enfermedades comunes y, como en el caso de la DA y de la IRA, esperamos comenzar a divisar un horizonte halagüeño.

Referencias

1. Guiscafré H, Muñoz O, Padilla G, Reyes R, González E, Bronfman M, Gutiérrez G. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea aguda en unidades de atención médica primaria. VI. Evaluación de una estrategia dirigida a los médicos familiares, para incrementar el uso de la hidratación oral y disminuir el de antimicrobianos y dietas restrictivas. Arch Invest Med (Méx) 1988; 19:395.
2. Martínez C, Guiscafré H, Muñoz O, Gutiérrez G. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea aguda en unidades de atención médica primaria. VII. Análisis del cumplimiento del tratamiento con los esquemas terapéuticos utilizados. Arch Invest Med (Méx) 1988; 19:409.
3. Gutiérrez G, Guiscafré H, Muñoz O. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea aguda en unidades de atención médica primaria. X. Conclusiones y perspectivas de estudio. Arch Inv Med (Méx) 1988; 19:437.
4. Gutiérrez G, Guiscafré H, González S, Bustamante E, Alvarez T, Muñoz O. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea aguda en unidades de atención médica primaria. V. Evaluación de un esquema terapéutico basado exclusivamente en datos clínicos. Arch Inv Med (Méx) 1988; 19:385.
5. Castro R, Bronfman M, Castro V, Guiscafré H, Gutiérrez G. Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea aguda en unidades de atención médica primaria. IX. Análisis del impacto económico de la estrategia utilizada. Arch Inv Med (Méx) 1988; 19:427.
6. Tosteson D. New pathways in general medical education. N Engl J Med 1990; 322:234.
7. Somera SB, McLaughlin TJ, Avorn J. Improving drug prescribing in primary care: a critical analysis of the experimental literature. Milbank Quarterly 1989; 67:268.
8. Viniegra L. Una nueva estrategia para la educación médica de posgrado. Parte I. Rev Inv Clin (Méx) 1990; 42:150.
9. Gutiérrez G, Guiscafré H, Bronfman M, Walsh J, Muñoz O. Changing physician prescribing patterns: evaluation of an educational strategy for acute diarrhea in Mexico City. Medical Care (en prensa).

