

USO DE JARABES ANTITUSIVOS Y OTROS MEDICAMENTOS EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

María Eulalia Prieto Herrera,¹ Manuel León Molina² y Freddie Hernández Cisneros³

RESUMEN: Se realizó un estudio de intervención para la aplicación del protocolo de tratamiento estándar de casos de infecciones respiratorias agudas y el uso de jarabes antitusivos y otros medicamentos, propuesto por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, en el Policlínico Comunitario Este de Camagüey durante el año 1998. El universo de estudio fueron los 252 niños menores de 5 años con diagnóstico de infección respiratoria aguda. El registro de pacientes atendidos y la historia clínica individual constituyeron la fuente primaria de datos. Los resultados más relevantes fueron que después de la intervención disminuyó el uso de jarabes antitusivos (44,04 %), así como los casos tratados ambulatoriamente (37,6 %). Se concluyó que existió predominio del sexo masculino y del grupo de edades de 1 a 2 años; los medicamentos más utilizados fueron los expectorantes y mucolíticos en el catarro común, observándose una disminución después de la intervención.

Descriptores DeCS: **AGENTES ANTITUSIVOS/uso terapéutico; INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO/terapia; EXPECTORANTES/uso terapéutico.**

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son actualmente uno de los principales problemas de salud en los menores de 5 años en países en desarrollo, además de encontrarse entre las primeras 5 causas de muerte en este grupo, la mayoría de las cuales se deben a neumonías. Constituyen además la principal causa de consulta y el motivo de administración de jarabes antitusivos.¹

La mayoría de los niños con IRA que asisten a los servicios de salud tienen una

infección de vías aéreas superiores y no revisten gravedad; generalmente los síntomas no pueden ser aliviados con los medicamentos; sin embargo los niños que se consultan por esta afección reciben gran variedad de medicamentos prescritos o no por un trabajador de la salud, esperando que éstos alivien los síntomas.² La literatura médica de los últimos años pone de manifiesto que los síntomas de tos y resfrío, raramente son aliviados por la administra-

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

³ Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor Titular de Pediatría. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey.

ción de antitusivos, y no existen datos que demuestren que estos medicamentos prevengan la agravación de las enfermedades.²

Muchos de los jarabes utilizados para la tos contienen compuestos potencialmente nocivos por su efecto como supresores de los mecanismos de defensa del niño. Contienen combinaciones de varias drogas con efecto contrario o adverso; otros medicamentos tienen una composición ilógica, se combinan en el mismo producto ingredientes con acciones opuestas; por ejemplo: expectorantes (estimulantes) y supresores de la tos.³ En general, no se deberá suprimir una tos productiva, pues es un reflejo fisiológico útil; el método más beneficioso es una buena hidratación.⁴ Esto determina la necesidad de instaurar acciones tendientes a la reducción del problema expresado en términos de muerte, enfermedad y gasto inútil, aplicando pautas y procedimientos, relacionados con la administración de un tratamiento correcto en el momento oportuno, lo cual nos motivó a aplicar el protocolo de tratamiento estándar de casos de IRA y el uso de jarabes antitusivos.

Métodos

Se realizó un estudio de intervención para la aplicación del protocolo de tratamiento estándar de casos de IRA y el uso de jarabes antitusivos y otros medicamentos, propuesto por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, en el Policlínico Este del municipio Camagüey, en el año 1998.

El universo de estudio fueron 252 niños menores de 5 años con IRA, atendidos por los médicos del área. Los datos fueron recogidos mediante una encuesta con las variables: sexo, grupo de edades, impresión diagnóstica, régimen de tratamiento, uso de jarabes. También se confeccionó el registro diario de pacientes atendidos para cada médico que incluyó: fecha, nombre y apelli-

dos, edad, sexo, impresión diagnóstica, tipo de jarabe utilizado, régimen de tratamiento.

Los datos se recolectaron y procesaron antes y después de adiestrar a los médicos en el manejo del tratamiento estándar de los casos de IRA, para lo cual se realizaron 3 actividades docentes de 1 h de duración para cumplir con los objetivos trazados.

Se clasificaron las IRA en 2 grupos principales a definir:

1. Menores de 2 meses:

- Neumonía grave: Niños que presentaran tos o dificultad para respirar, tiraje grave, respiración rápida (frecuencia respiratoria 60 o más) independientemente de que presente fiebre o hipotermia, rechazo al alimento, somnolencia, dificultad para ser despertado, estridor en reposo, sibilancias.
- Tos o resfriado (no neumonía): Niños que presentaran tos o dificultad para respirar, no tiraje grave: respiración no rápida (frecuencia respiratoria 60).

2. De 2 meses hasta 4 años:

- Neumonía grave: Niños que presentaran tos o dificultad respiratoria, tiraje, no bebe, somnolencia u otro signo de peligro.
- Neumonía leve: Niños que presentaran tos o dificultad respiratoria, no tiraje, respiración rápida (si tiene 2-11 meses: 50 pulsaciones/min, si tiene de 1-4años: 40 o más).
- Tos o resfriado: (no neumonía): Niños que presentaran tos o dificultad respiratoria, no tiraje.

Los lactantes menores de 2 meses con signos de neumonía u otra sepsis deberán ser remitidos al hospital para ingreso. Igualmente los lactantes de más de 2 meses con neumonía grave deben ingresar en hospi-

tal; no así para los que presentan neumonía no grave cuya recomendación será el ingreso en hogar.

Medicamentos de elección: Penicilina rapilenta (IM) y un antimicrobiano oral (cotrimoxazol o amoxicilina), mantener lactancia materna, y medidas antitérmicas (MAT) si fiebre mayor o igual a 38 °C.

— Bronquitis aguda:

Menor de 2 meses: Ingreso en el hogar, manteniendo lactancia materna, aplicando MAT si fiebre mayor de 38 °C y vaporizaciones.

De 2 meses a 4 años: Ingreso en el hogar, mantener lactancia materna, MAT si fiebre mayor de 38 °C y vaporizaciones. Aumentar el aporte de líquidos, aplicar aerosol terapia si dificultad respiratoria y administración de jarabes (tolú, salvia y naranja).

— Catarro común:

Menor de 2 meses: Ingreso en el hogar, mantener lactancia materna, limpieza de fosas nasales, MAT si fiebre mayor de 38 °C.

De 2 meses a 4 años: Ingreso en el hogar, mantener lactancia materna, aumentar aporte de líquidos, MAT si fiebre mayor de 38 °C y jarabes de medicina verde.

Faringitis aguda: Aumentar aporte de líquidos, MAT si fiebre mayor de 38 °C, vaporizaciones.

Otitis media aguda: Ingreso en el hogar, MAT si fiebre mayor de 38 °C, gotas nasales, antimicrobianos (cotrimoxazol 40-80 mg/kg/día durante 5 días por vía oral).

Amigdalitis con exudados: Ingreso en el hogar, MAT si fiebre mayor de 38 °C, penicilina RL 500 000 Uds/kg IM por 7 días.

Resultados

La tabla 1 muestra la incidencia de las IRA según grupo de edades, siendo el más afectado el de 1-2 años con 99 casos (39,23 %).

El sexo más afectado fue el masculino con 140 niños, representando más del 50 % del universo (55,56 %) (tabla 2).

TABLA 1. Distribución de los pacientes según grupos de edades

Grupos de edades	No.	%
0-2 meses	11	4,4
3-11 meses	64	25,40
1-2 años	99	39,23
3-4 años	78	30,97
Total	252	100

Fuente: Registro primario.
p < 0,05.

TABLA 2. Distribución de los pacientes según sexo

Sexo	No.	%
Masculino	140	55,56
Femenino	112	44,44
Total	252	100

Fuente: Registro primario.

En la tabla 3 se aprecia que antes de la intervención 88 niños recibieron indicaciones de uso de jarabes para la tos (34,92 %). Luego de haberse efectuado la misma, se produjo una disminución considerable en el uso de los jarabes, reportándose 111 pacientes que no recibieron tratamiento (44,04 %).

Al analizar la utilización de los jarabes según el tipo de IRA (tabla 4) se observó que antes de la intervención los de mayor utilización fueron los expectorantes en el catarro común (19,4 %), los mucolíticos en esta misma afección (5,5 %) y 2,7 % en la bronquitis aguda. Posterior a la intervención se apreció una reducción en el uso de

TABLA 3. Distribución según utilización de los jarabes

Utilización	Antes		Después		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Uso	88	34,92	19	7,54	107	42,46
No uso	34	13,50	111	44,04	145	57,54
Total	122	48,42	130	51,58	252	100

Fuente: Registro primario.
p < 0,05.

los jarabes, siendo en el catarro común donde más se utilizaron: 2,7% deexpectorantes y 1,19 % mucolíticos. Cabe señalar que hubo una reducción importante del uso de antitusivos en todas las afecciones.

La tabla 5 presenta el régimen de tratamiento de los niños con IRA, demostrán-

dose que después de la intervención disminuyeron los casos tratados ambulatoriamente (37,7 %) p < 0,05; aumentaron los ingresos en el hogar (7,53 % antes de la intervención, 12,31 % después).

Discusión

Uno de los problemas de salud a nivel mundial lo constituyen las IRA. Aunque afectan por igual a todos los países y a todas las edades, se reporta que alrededor de 10 millones de niños mueren durante el primer año de vida, y 1/3 de estas muertes corresponden a IRA.⁵

Hubo correspondencia en cuanto al grupo de edades más afectado con *García Figueredo M.* (Enfermedades respiratorias

TABLA 4. Utilización de los jarabes según tipo de IRA antes y después de la intervención

Jarabes	Neumonía		Bronquitis		Catarro común		Faringitis		Otitis media aguda		Amigdalitis	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Antes												
Mucolítico	3	1,19	7	2,7	14	5,5	-	-	-	-	-	-
Antitusivo	2	0,7	1	0,3	2	0,7	1	0,3	1	0,3	2	0,7
Expectorante	-	-	3	1,19	49	19,4	2	0,7	1	0,3	-	-
Después												
Mucolítico	2	0,7	1	0,3	3	1,19	-	-	-	-	2	0,7
Antitusivo	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-	1	0,3
Expectorante	-	-	1	0,3	7	2,7	-	-	-	-	1	0,3

Fuente: Registro primario.

TABLA 5. Distribución de los pacientes según régimen de tratamiento

Régimen de tratamiento	Antes		Después		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ambulatorio	101	40,07	95	37,70	196	77,77
Ingreso en hogar	19	7,53	31	12,31	50	19,84
Ingreso en hospital	2	0,80	4	1,59	6	2,39
Total	122	48,40	130	51,60	256	100

Fuente: Registro primario.
p < 0,05.

agudas bajas en menores de 15 años. [Tesis]. Camagüey. ISCM "Carlos J. Finlay". 1993), quien reporta el 39,2 % en el grupo de 1-2 años, al igual que *Agudo Artola G.* (Infecciones respiratorias agudas bajas en un círculo infantil. [Tesis] Camagüey. ISCM "Carlos J. Finlay". 1993). También se halló coincidencia con este autor con respecto al sexo masculino que fue el más afectado (62,75 %), aunque se plantea que esta variable no guarda relación con las IRA. Medel y García reportan 55 % del sexo femenino.⁶

Las IRA pueden complicarse por demora en la búsqueda de ayuda médica, diagnóstico erróneo o prescripción de medicamentos inapropiados.⁷ En Venezuela, Chile, Colombia y Cuba se ha aplicado el tratamiento estándar, los resultados indican que el manejo de casos de IRA con signos clínicos simples disminuye la mortalidad por esta causa, y el uso de antibióticos, antitusivos y otros jarabes; además una reducción en el uso de los medicamentos también permite ahorrar costos.⁷

En la mayoría de los casos de tos aguda no se necesitan remedios; sin embargo existe toda una mitología sobre diversos tipos de remedios. Básicamente hay 2 clases: los expectorantes o los mucolíticos que se supone ayuden a sacar el esputo con

mayor facilidad, y los supresores que al parecer evitan el reflejo de la tos. En las dosis incluidas en la mayoría de las marcas comerciales, casi todas las autoridades plantean que los expectorantes y mucolíticos no tienen más eficacia para aflojar el esputo que una bebida caliente y/o la inhalación de vapor.⁸

Las IRA constituyen la principal causa de demanda de atención de salud en nuestro país, y son responsables del 20 al 40 % de las consultas externas para niños y del 12-35 % de los ingresos hospitalarios. (*Bulo Sánchez W.* (Infecciones respiratorias agudas en el niño: Factores de riesgo. [Tesis]. Camagüey. ISCM "Carlos J. Finlay". 1995).

En Pakistán a partir de 1990 se comienza la aplicación del tratamiento estándar, durante este período el porcentaje de niños hospitalizados que murieron por IRA se redujo a la mitad.⁷

Como resultado de nuestro estudio, se concluyó que predominó el grupo de edades de 1-2 años; los medicamentos más utilizados fueron los expectorantes y los mucolíticos en el catarro común, que disminuyeron después de la intervención. Es importante destacar también que aumentaron los ingresos en el hogar después de aplicar la estrategia.

SUMMARY: An intervention study for the application of the standard treatment protocol for acute respiratory infections and the use of antitussive syrups and other medication was made after being proposed by the Pan-American Health Organization/World Health Organization, at the Eastern Community Hospital of Camagüey in the year 1998. The study material was constituted by the 252 children under 5 years of age with diagnosis of acute respiratory infection. The record of patients treated and their individual medical history were the primary data sources. The most relevant outcomes being that after intervention the use of antitussive syrups decreased (44.04%), as well as the ambulatory cases (37.6 %). It was concluded that there was a prevalence of male sex and the age group of 1-2 years old. The most frequently used medication were expectorants and mucolytic medication in common catarrh, a decrease being noticed after intervention.

Subject headings: ANTITUSSIVE AGENTS/therapeutic use; RESPIRATORY TRACT INFECTIONS/therapy; EXPECTORANTS/therapeutic use.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Investigaciones operativas para evaluar el impacto de las acciones de control de las infecciones respiratorias agudas. Ginebra: OMS, 1996:1-5.
2. Cires M, Vergara E. Guía terapéutica para la atención primaria de salud en Cuba. La Habana: Editorial José Martí, 1995:23-5.
3. Benguigui Y. El control de las infecciones respiratorias agudas en la región de Las Américas. Noticias sobre IRA 1994-1995;29(4):243-5.
4. Organización Mundial de la Salud. Bases técnicas para las recomendaciones de la OPS/OMS sobre el tratamiento de la neumonía en el nivel primario de salud. Ginebra: OMS, 1996:21-3.
5. Fernández Salgado M, Batista JR. Factores predisponentes de infecciones respiratorias agudas en el niño. Rev Cubana Med Gen Integr 1990;6(3):400-8.
6. Medel NL, García RE. Importancia de la asociación Ambroxol-Amoxicilina en el tratamiento de la infección bacteriana del aparato respiratorio bajo en el niño mexicano. Compend Invest Clin Latinoam 1992;12(1):11-5.
7. Benguigui Y. Resultados de la estrategia de control. Noticias sobre IRA 1995-1996;31:4-5.
8. Heixheimer A. Remedios para la tos o el resfrío. Noticias sobre IRA 1988;7(9):10.

Recibido: 24 de febrero de 1999. Aprobado: 17 de marzo de 1999.

Dra. *María Eulalia Prieto Herrera*. Dolores Betancourt No. 304 e/ Coronel Bringas y Sociedad Patriótica, Camagüey, Cuba.