

ARTICULOS DEL CONO SUR - PARAGUAY

Influencia de la consulta previa con empíricos sobre la morbilidad y mortalidad de niños internados¹

Influence of previous consultation with non-medical personnel on morbidity and mortality in hospitalised children

Pavlicich Viviana (*), Benitez Carlos (**)

Resumen

Objetivos: Primario: Determinar si la consulta previa (CP) con el curandero influye sobre la morbilidad (días de estadía hospitalaria y complicaciones), y mortalidad de los niños internados por infección respiratoria baja (IRB) o diarrea aguda.

Secundario: Comparar la influencia de la CP a la internación, con el pediatra, médico general, enfermera y farmacéutico.

Material y Método: Diseño de cohorte prospectivo y analítico. Se incluyó a 135 niños de 1 mes a 5 años, internados por diarrea aguda o IRB entre agosto del 2003 y marzo del 2004, en el Hospital Nacional de Itauguá. Se realizó cálculos de frecuencia en el análisis univariado, tablas de contingencia en el bivariado y regresión logística para variables independientes en el multivariado. Para la diferencia entre variables nominales se utilizaron, X² y el test exacto de Fisher; en continuas u ordinales el test de Mann-Whitney o Wilcoxon.

Resultados: 117 pacientes realizaron 176 consultas previas:

Pediatra: 63 (35,7%), Curandero: 44 (25%), Médico Gral.: 44 (25%), Enfermera 16 (9%) y farmacéutico 9 (5,1)%. El 39,2% de las CP no fueron al médico. La gravedad al ingreso fue mayor en pacientes, que consultaron con el curandero (p=0,004), y con el farmacéutico (p=0,001) Las complicaciones aumentaron cuando el niño había consultado más de 2 veces con el curandero OR: 2,6; RR: 1,6. - 68 pacientes utilizaron 49 tipos de hierbas en forma aislada o combinada, sin aumento de complicaciones (p=0,2), con 3,8 días más de estadía. La media de días de internación fue: Sin CP: 5,3 días (DS3, 2), curandero: 17,2 días (DS 16), médico general 13,5 (DS 15,5) pediatra: 11,6 días (DS14). Los días de internación aumentaron cuando el inicio de los síntomas fue \geq a 3 días previos. Existieron más complicaciones en los niños que realizaron consultas previas, (p=0,003). Fallecieron 6 pacientes, habían realizado 26 consultas de las cuales 16 fueron con empírico. El análisis multivariado mantuvo la independencia de curandero en relación con: complicaciones (p=0,006) y días de internación (p=0,02).

Conclusión: La consulta previa con el curandero aumentó la morbilidad en pacientes internados con relación a retraso en la consulta y mayor gravedad al ingreso. Los pacientes con menor morbilidad fueron los que consultaron directamente en el hospital previo a la hospitalización.

Palabras Claves: empíricos, consulta, diarrea aguda, neumonía

Resumen

Objetivos: Primario: Primary Objective: To determine whether a previous consultation (PC) with a curandero(***) has an effect on morbidity (days of hospital stay and complications) and mortality in children admitted to hospital for lower respiratory tract infection (LRI) or acute diarrhea. **Secondary objective:** to compare the influence of the PC with those of the pediatrician, the general practitioners, nurses and pharmacists.

Material and methods: Analytical, prospective cohort design. One hundred thirty children were included, with age range from 1 month to 5 years, admitted for acute diarrhea or LRI between August 2003 and March 2004 at the National Hospital of Itauguá. Frequency calculations were done as univariate analysis, contingency tables as bivariate and logistic regression for independent variables as multivariate. The X² and Fisher's exact test were used for the difference between nominal variables, the Mann-Whitney or Wilcoxon test for continuous or ordinals. Results: One hundred seventeen patients went to 176 previous consultations: Pediatrician: 63 (35.7%), curandero: 44 (25%), General Practitioner: 44 (25%), Nurse 16 (9%) and pharmacist 9 (5.1%). Many (39.2%) of PC were not with a physician. Severity on admission was greater in patients who had consulted with the curandero (p=0.004) and with the pharmacist (p=0.001). Complications increased when the child had consulted more than twice with the curandero (OR 2.6; RR 1.6). Sixty eight patients used 49 types of herbs alone or in combination, with no increase in complications (p=0.2) with 3.8 more days in hospital. The average hospital stay in days was: With no PC: 5.3 days (SD 3.2), curandero 17.2 days (SD 16), general practitioner 13.5 (SD 15.5), pediatrician 11.6 days (SD 14). The number of days in hospital increased when symptoms began 3 or more days before admission. There were more complications in children who had had PC (p=0.003). Six patients died; these had had 26 consultations, 16 of which with an empiricist. Multivariate analysis showed that consultation with the curandero was an independent risk factor for complications (p=0.006) and length of hospitalisation (p=0.02).

Conclusion: A previous consultation with the curandero increased morbidity in hospitalised patients due to a delay in consultation and worse conditions on admission. Patients with the lowest morbidity were those who consulted directly in the hospital before admission.

Key words: empiricists, consultations, acute diarrhea, pneumonia

* Servicio de Medicina Interna. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Nú. San Lorenzo, Paraguay.

** Servicio de Pediatría. Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay.

*** Curandero: traditional healer who administers treatments based on herbs and other non-medical procedures (Translator's Note)
Correspondencia: Julio Correa 1030. p_viviana@hotmail.com

1) Artículo original de Paraguay. Publicado en la Revista de Pediatría de Paraguay: 2004;31 (2): 88 - 97 y que fue seleccionado para su reproducción en la X Reunión de Editores de Revistas Pediátricas del Cono Sur, Chile 2005.

Introducción

Los niños que consultan en los hospitales públicos del Paraguay y que requieren hospitalización, han recibido en gran medida medicaciones tradicionales, principalmente hierbas medicinales de gran arraigo popular. Estas son administradas por prescripción de la propia familia del niño, o por curanderos.

Muchos de los pacientes que acuden a los hospitales y en los que se determina la necesidad de internación, han realizado consultas previas con aplicación de diversas terapéuticas que implican prolongación del tiempo previo a la consulta a un centro de mayor complejidad.

Estas consultas han sido realizadas a médicos pediatras, médicos generales, farmacéuticos, enfermeras o curanderos, dado que no existe suficiente regulación y promoción de los agentes de salud adecuados para ejercer la atención inicial. La elección del agente de atención primaria depende del nivel sociocultural de la familia y de la accesibilidad al mismo. ^(1,2)

Existen reportes de que la consulta previa a curanderos puede causar peligrosos retrasos en la atención médica. ^(3,4) Por otra parte las dosis y los ingredientes activos de algunas de las medicaciones folklóricas no son conocidos ⁽¹⁾. Observaciones no publicadas denotan que los agentes empíricos no se limitan a administrar medicaciones herbarias, también indican la administración de compuestos farmacológicos.

Se ha reportado en la literatura la integración efectiva de los curanderos dentro de programas específicos de prevención de salud en comunidades donde esta práctica de consulta es arraigada, con la finalidad de disminuir los índices de morbimortalidad. ^(5,6)

Está descrita como parte de la realidad sanitaria nacional, que no todos los niños tienen acceso al pediatra, considerando la accesibilidad como una situación dependiente de la disponibilidad de los sistemas de salud así como de la elección sociocultural por parte de la familia. ⁽⁷⁾

Las principales causas de morbimortalidad en los países en vías de desarrollo siguen siendo la diarrea aguda y las infecciones respiratorias agudas. Paraguay, compartiendo esta situación, tiene como las dos primeras causas de muerte en el niño de 1 a 5 años, neumonía y diarrea aguda con tasas de mortalidad de 11,2 y 9,18 por cien mil habitantes respectivamente. ^(8,9)

Describir cómo la consulta previa influye en la morbilidad de las dos patologías prevalentes con un análisis pertinente permitirá hacer un diagnóstico de la situación y diseñar intervenciones correctivas a nivel nacional y comunitario, así como también incorporar los resultados a las pautas educativas impartidas a los pacientes en forma de recomendaciones individuales.

El objetivo primario de este estudio fue determinar si la consulta previa con el curandero influía en la morbilidad (días de internación, complicaciones, gravedad al ingreso) y mortalidad de los niños con infección respiratoria baja o diarrea aguda que requerían internación. El objetivo secundario fue comparar la influencia de la consulta previa con otros agentes de salud (pediatra, médico general, enfermera, farmacéutico) en la evolución del paciente.

Material y Métodos

Diseño Estudio de cohorte prospectivo y analítico. Se diseñó una planilla de recolección de datos y se entrevistó al responsable del niño al ingreso hospitalario con posterior seguimiento durante la internación hasta el egreso u óbito del paciente.

Criterios de inclusión Se incluyeron niños entre un mes y 5 años de edad que requirieron internación por diarrea aguda o infección respiratoria aguda baja (IRB), en el período comprendido entre agosto del 2003 y marzo del 2004 en el Hospital Nacional de Itauguá.

Se excluyeron los pacientes portadores de patología crónica con excepción de la desnutrición que fue considerada una variable de análisis.

Se tomaron variables demográficas, socioeconómicas, educativas, tiempo de inicio de síntomas previo a la internación, consultas previas a la internación realizadas con: curandero, pediatra, farmacéutico, médico general y/o enfermero. Otra variable fue el tratamiento previo con antibióticos, antitérmicos, suero de rehidratación oral (SRO), y/o infusiones herbarias.

Se evaluaron las siguientes complicaciones: para diarrea aguda: choque hipovolémico, insuficiencia renal aguda y disturbios hidroelectrolíticos. En la IRB se consideró complicación: necesidad de asistencia respiratoria mecánica, derrame pleural y/o neumotórax.

Para ambas patologías se registró: ingreso a UCIP, días de internación y muerte.

Los datos fueron trasladados a una base de datos y posteriormente analizados con los programas Epi Info 6, (análisis univariado y bivariado) y Epi Info 2000, (regresión múltiple).

Se realizaron cálculos de frecuencia en el análisis univariado, tablas de contingencia 2 x 2 en el bivariado. Para la diferencia entre variables nominales de 2 grupos independientes se utilizaron pruebas no paramétricas, X² y el test exacto de Fisher para muestras pequeñas. Para variables continuas u ordinales el test de Mann – Whitney o Wilcoxon. Se realizó regresión logística con complicaciones y días de internación para determinar qué variables mantenían independencia como causa de morbilidad.

Se definió diarrea aguda: aumento del número y el contenido acuoso de las deposiciones de menos de una semana de duración e infección respiratoria baja (IRB): patología infecciosa aguda compatible con neumonía bacteriana, viral o bronquiolitis.

Se denominó curandero o empírico a aquellas personas que se dedican a tratar enfermedades sin ser médicos basándose en su experiencia.

La variable ingresos familiares se clasificó en bajo, medio o alto según el ingreso mensual per cápita fuera: menor de 500.000 GS, de 500.000 a 1.000.000 o mayor de 1.000.000 respectivamente.

El nivel educativo registrado fue el correspondiente a la madre o cuidador principal.

La variable gravedad al ingreso se consideró: grave a todo paciente que presentó hipotensión, choque, hipoxemia, o insuficiencia respiratoria en cualquiera de las dos patologías estudiadas. Se consideró de gravedad moderada a todo niño que requirió internación y que no cumplió ninguno de los criterios de gravedad descritos.

El estado nutricional se dividió en dos grandes grupos:

1- Niños eutróficos, con riesgo nutricional y desnutrido de primer grado.

2- Desnutridos de II y III grado.

Los grados de desnutrición se establecieron basándose en la clasificación de Gómez

La razón de esta agrupación fue separar en grupos de riesgo claramente establecidos.

Resultados

Se incluyeron 130 niños internados en el Hospital Nacional de Itauguá. De estos niños, 90 (69%) fueron internados por IRB y 40 (30%) con diagnóstico de diarrea aguda. La edad media fue de 14 meses con un desvío estándar de 11,8 meses.

La distribución por sexo fue: femenino 57 (43%) y masculino 73 (56%).

En un 96% los ingresos en guaraníes por miembro del grupo familiar fueron bajos según la clasificación establecida.

El nivel educativo de la madre o cuidador principal fue: primaria incompleta: 34,6%, primaria completa 41,5%, secundaria incompleta 17,7% y secundaria completa o estudios terciarios 5 %.

No existieron diferencias de etnia, con excepción de dos pacientes, uno indígena y otro de origen oriental.

Con respecto a la utilización de servicios sanitarios básicos: el 62% tenía agua potable, el 37,7% baño moderno y el 56,9% heladera.

La población tuvo característica urbana en el 56,9% y rural 43,1%.

El 80% de los niños se encontraba eutrófico, con riesgo de desnutrición o desnutrido de primer grado y el 20% restante estaban desnutridos de segundo y tercer grado.

Se registró que 117 pacientes (90%), realizaron 176 consultas previas a la internación. Estas consultas fueron con: Pediatra 63 (35,7%); Curandero 44 (25%). Médico general 44 (25%), Enfermera 16 (9%) y Farmacéutico 9 (5,1%). El 39,2% de las consultas se realizó con un individuo no médico. (Figura 1).

El número de consultas previas a cada uno de estos agentes está ilustrado en el cuadro 1.

El tiempo de inicio de los síntomas previo a la internación fue: más de 5 días: 52 (40%) niños; 3 a 5 días de inicio de síntomas: 28 (21,5%); 2 a 3 días: 34 (26,2%); menos de 2 días: 16 (12,3%) pacientes. En la Figura 2 se relaciona el tiempo de síntomas previo a la consulta y el agente consultado.

Recibieron algún tratamiento previo 129 pacientes (99%). Antibióticos 44 pacientes (33,8%), antitérmicos 99 (76,2%), otros 78 (60,5%), SRO 18 (13,8%) e infusiones 77 (59,2%). La frecuencia de los fármacos utilizada se encuentra detallada en la Tabla 2.

La gravedad al ingreso se consideró moderada en 85 pacientes (65,4%) y grave en 44 pacientes (34,8%). El número de pacientes graves al ingreso fue significativamente mayor ($p=0,04$), entre aquellos que consultaron con curandero (20/44) y con el farmacéutico (4/9 $p= 0,001$). (Figura 3).

La gravedad al ingreso no se relacionó con el tiempo de inicio de los síntomas.

Referente a complicaciones, 59 pacientes (45 %), presentaron 95 episodios de complicaciones. Estas fueron: choque hipovolémico en 9 niños, insuficiencia renal 6 niños, disturbios hidroelectrolíticos 27 pacientes, insuficiencia respiratoria con requerimiento de ARM 17 niños, derrame pleural 25 y neumotórax 7 pacientes. La relación entre tipo de complicación y consulta previa al curandero está expuesta en el cuadro 3. Las complicaciones se asociaron a la consulta con el curandero cuando el niño había consultado más de 2 veces con el mismo.

Existió un número significativamente mayor de complicaciones con relación al número de consultas,

cuando el consultado fue el curandero ($p=0,001$). (Cuadro 4).

Trece niños fueron asistidos directamente en el hospital donde se decidió la internación, (sin consultas previas); estos tuvieron menos complicaciones ($N=1$) que el resto de la población estudiada ($p=0,003$). El Riesgo Relativo (RR) de complicaciones al realizar CP versus no hacerlo fue de 6,4. Fallecieron 6 pacientes (4,6%), habían realizado 26 consultas de las cuales 16 fueron con empírico. Para demostrar causalidad entre estas variables se requiere aumentar el tamaño de la muestra pero existe una tendencia clara que los niños fallecidos realizaron relativamente más consultas con el curandero que el resto de la población estudiada. (Figura 4). El resultado del análisis bivariado de la consulta al curandero, no mostró diferencias significativas en lo referente a edad, etnia, ingresos mensuales, educación, diagnóstico y agua potable con respecto a los que no consultaron con empírico.

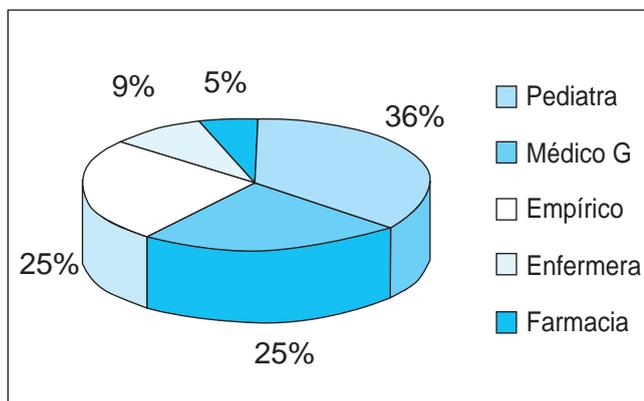


Figura # 1. Distribución de las consultas previas a la internación

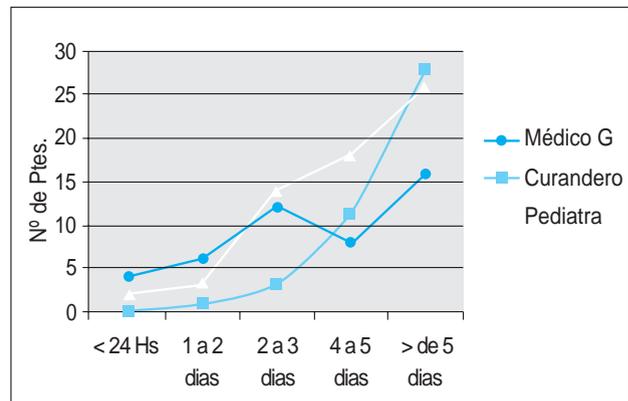


Figura # 2. Días de síntomas previos a la internación con relación al agente consultado

Cuadro # 1. Medias del número de consultas previas a la internación

Consultas previas por paciente				
Agente de salud	Media	Desvío Estándar	Mínimo	Máximo
Pediatra	1,58	0,73	1	4
Médico Generalista	1,34	0,64	1	4
Empírico	2,40	1,66	1	7
Enfermera	1,50	0,89	1	4
Farmacéutico	1,55	1,01	1	4

Tabla # 2. Tratamientos Farmacológicos previos a la internación

Antibióticos	Nº	%	Antitérmicos	Nº	%	Otros	Nº	%
Amoxicilina	26	20				Antihistam.	12	9,2
Cefalosp. 3ra	5	3,8	Ibuprofeno	11	8,5	Salbutamol	29	22,3
TMS	2	1,5	Dipirona	37	28,5	Antitusivos	18	13,8
Cloranfenicol	2	1,5				Teofilina	1	0,8
Cefalosp. 1ra	2	1,5	Paracetamol	47	36,2	Corticoides	2	1,5
Gentamicina	1	0,8	AAS	3	2,3	Antieméticos	12	9,2
Neomicina	1	0,8				Antiespasmódicos	2	1,5
Desconoce	5	3,8	Ninguno	32	24,6	Antidiarreicos	3	2,3
Ninguno	86	66,2				Ninguno	51	39,2
TOTAL	130	100%	TOTAL	130	100%	TOTAL	130	100%

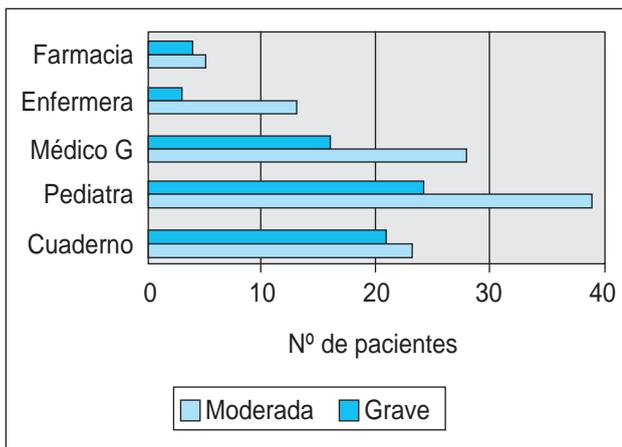


Figura # 3. Gravedad al ingreso relacionado con la consulta previa

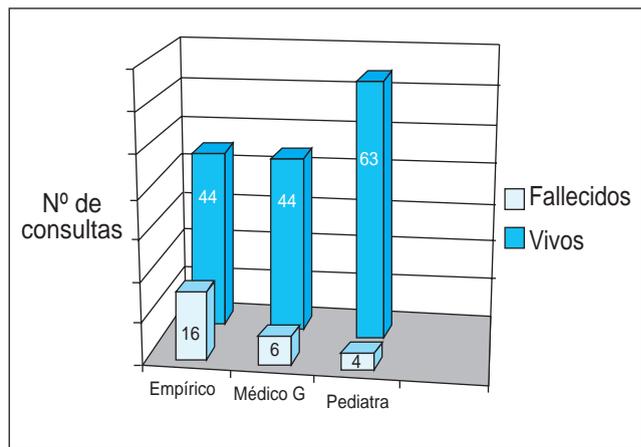


Figura # 4. Relación entre pacientes vivos, fallecidos y agentes de consulta previa

Cuadro # 3. Complicaciones en los pacientes atendidos por el curandero

Complicación	C.P. empírico N=46	C.P. otros N=49	OR	IC 95%	RR	DR	Valor p
Alteraciones Hidroelectrolíticas	13	14	2,1	0,9 - 5,1	0,98	- 0,2	0,06
Insuficiencia Respiratoria	8	9	1,9	0,6 - 5,3	1,4	15,2	0,16
Choque Hipovolémico	3	6	0,97	0,2 - 4,1	0,9	0,15	0,6
Insuficiencia Renal	5	5	2,0	0,56 - 7,1	1,9	0,55	0,2
Neumotórax	4	3	2,7	0,5 - 12	2,6	5,6	0,1
Derrame Pleural	13	12	2,5	1 - 6,2	2	15,5	0,03

OR = Odds Ratio. IC = Intervalo de Confianza. RR= Riesgo Relativo.
DR = Diferencia de RR.

Cuadro # 4. Complicaciones en los pacientes atendidos por el curandero

Agente N° 176	Consultas N°95	Complicaciones	OR	IC	DR	RR	Valor p
Empírico	44	27	2,6	1,2 - 5,6	24,1	1,6	0,001
Médico G	44	22	1,3	0,6 - 2,7	6,9	1,1	0,2
Enfermera	16	6	0,5	0,16-1,5	-16	0,6	0,6
Pediatra	63	33	1,7	0,8 - 3,4	13,5	1,34	0,08
Farmacéutico	9	6	2,5	0,6 - 10	22,8	1,5	0,16

OR = Odds Ratio. IC = Intervalo de Confianza. RR= Riesgo Relativo.
DR = Diferencia de RR.

La población que consultó con el empírico presentó diferencia significativa en: pacientes de medio rural (p 0,01), desnutridos de II o III grado (p 0,001), ausencia de heladera (p 0,05) y baño moderno (p 0,03), clasificación como grave al ingreso (p 0,05) y tuvieron una diferencia altamente significativa con respecto a consulta luego de 5 días de síntomas (p 0,01), a tiempo de internación (p< 0.01) y complicaciones (p 0,001). (Cuadro 5).

De 130 pacientes estudiados 77 recibieron infusiones de hierbas, 9 de ellos desconocían la composición de las mismas. Por lo tanto en 68 pacientes se observó utilización de 49 tipos de hierbas en forma aislada o combinada como tratamiento inicial de las dos patologías estudiadas.

Las hierbas medicinales que se utilizaron con mayor frecuencia fueron: Manzanilla, Anís, Malva, Hoja de Naranja y Mandarina, Eneldo, Eucalipto, Ambay, Orégano y Yerba de Lucero. (Cuadro 6).

La consulta con el curandero se asoció como es predecible en forma altamente significativa, (p < a 0,01) con la utilización de infusiones caseras con hierbas medicinales.

Los pacientes que recibieron infusiones no tuvieron más complicaciones que los que no lo recibieron (p=0,2); aunque fueron clasificados más frecuentemente como graves al ingreso (p= 0,006), tuvieron una media de 3,8 días más de internación, (p=0,01) y un 49 % consultó después de 5 días de síntomas.

Un resultado del estudio, de alto interés desde el punto de vista de los autores, surge de relacionar las variables, consultas previas, (esta variable incluye todas las consultas con los diferentes agentes de salud), y días de internación (variable que sugiere morbilidad). Este análisis señala que los pacientes

que no realizaron consulta previa tuvieron una media de 5,3 días de internación (DS 3,2), mientras que en los que consultaron previamente la media de internación fue 12,8 días (DS 13,04) arrojando una significancia de 0,005. Esto implica que la ausencia de consulta previa se asoció con una disminución de los días de internación. Los pacientes que consultaron con el empírico tuvieron significativamente más días de internación (media 17,2 días). No hubo diferencia significativa en los días de internación entre los pacientes que consultaron con el pediatra (media 11,6 días) y el resto de la población estudiada (media 12,6 días). (Cuadro 7).

Los días de internación aumentaron cuando el inicio de los síntomas fue 3 días o más previos a la internación si las consultas fueron con: médico general, curandero, farmacéutico y enfermera. No se observó esta tendencia cuando el consultado fue el pediatra. Figura 5.

Ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos 27 pacientes (17,7%) El ingreso a la unidad de terapia intensiva pediátrica no tuvo relación estadística con el agente consultado previo a la internación. Figura 6.

Se realizó regresión múltiple entre complicaciones (variable dependiente) y curandero, farmacéutico, infusiones, tiempo de inicio de síntomas (variables independientes) conservando independencia consulta previa con el curandero (p=0,006).

La regresión múltiple entre días de internación (variable dependiente) y gravedad al ingreso, consulta previa, consulta con pediatra, consulta con curandero (variables independientes) mantuvo la significancia de consulta previa con curandero (p=0,022).

Cuadro # 5. Complicaciones en los pacientes atendidos por el curandero

	CONSULTÓ CON CURANDERO	NO CONSULTÓ C/ CURANDERO	TOTAL	VALOR DE p
<i>Edad (Media)</i>	14,5	13,9	—	NS
<i>Ingresos Bajos</i>	44	81	125	NS
<i>Educación Primaria Incompleta</i>	16	29	45	NS
<i>Educación Primaria Completa</i>	20	34	54	NS
<i>Heladera</i>	20	54	74	0,05
<i>Agua Potable</i>	23	58	81	0,09 NS
<i>Baño Moderno</i>	11	38	49	0,03
<i>Medio Rural</i>	26	30	56	0,01
<i>Medio Urbano</i>	18	56	86	
<i>Neumonía</i>	27	63	90	NS
<i>Diarrea</i>	17	23	40	
<i>Desnutridos de II / III grado + de 5 días de síntomas</i>	17	9	25	< 0,001
<i>Días de Internación (Media)</i>	29	23	52	<0,001
<i>Gravedad al Ingreso</i>	17,2	9,5	—	<0,01
<i>Complicaciones</i>	Grave 20	24	44	0,05
<i>Muerte</i>	Moderada 24	65	89	
	27	17	44	0,01
	3	3	6	NS

Cuadro # 6. Hierbas utilizadas en infusiones caseras previo a la internación

HIERBA	FRECUENCIA	PORCENTAJE DE PACIENTES (N° 68)	HIERBA	FRECUENCIA	PORCENTAJE DE PACIENTES (N° 68)
<i>Ambay</i>	5	7,35 %	<i>Azafran</i>	1	1,47 %
<i>Kumanda ivyra'i poty</i>	1	1,47 %	<i>Albahaca</i>	1	1,47 %
<i>Malva</i>	8	11,7 %	<i>Kaaré</i>	1	1,47 %
<i>Manzanilla</i>	15	22 %	<i>Yerba Buena</i>	1	1,47 %
<i>Flor de Mamón</i>	4	5,88 %	<i>Hinojo</i>	1	1,47 %
<i>Yaguarundy</i>	1	1,47%	<i>Cilantro</i>	1	1,47 %
<i>Hoja de Naranja</i>	7	10,2 %	<i>Achicoria</i>	1	1,47 %
<i>Borraja</i>	4	5,88 %	<i>Sauco</i>	2	2,94 %
<i>Eucalipto</i>	6	8,8 %	<i>Maka gua kaá</i>	1	1,47 %
<i>Uruzu he'e</i>	4	5,88 %	<i>Aguapepú</i>	1	1,47 %
<i>Cocabo tirey</i>	2	2,94 %	<i>Agrial</i>	1	1,47 %
<i>Yatey ca'a</i>	1	1,47 %	<i>Cavará caú</i>	2	2,94 %
<i>Perdurilla Blanca</i>	4	5,88 %	<i>Nispero</i>	1	1,47 %
<i>Perdurilla Negra</i>	3	4,4 %	<i>Mango</i>	1	1,47 %
<i>Anís</i>	14	20,5 %	<i>Mburucuya'y rapo</i>	1	1,47 %
<i>Boldo</i>	1	1,47 %	<i>Menta</i>	2	2,94 %
<i>Arroz tostado</i>	1	1,47 %	<i>Suico</i>	3	4,4 %
<i>Eneldo</i>	7	10,2 %	<i>Koku</i>	1	1,47 %
<i>Orégano</i>	5	7,35 %	<i>Rosa Blanca</i>	1	1,47 %
<i>Laurel</i>	2	2,94 %	<i>Capii Catí</i>	1	1,47 %
<i>Semilla de Lino</i>	3	4,4 %	<i>Hoja de Granada</i>	1	1,47%
<i>Semilla de Cebada</i>	1	1,47 %	<i>Burrito</i>	1	1,47 %
<i>Batatilla</i>	1	1,47 %	<i>Canela</i>	1	1,47 %
<i>Yerba de Lucero</i>	6	8,8 %	<i>Cebada</i>	1	1,47 %

Cuadro # 7. Días de internación en relación con el agente de salud con quien realizó consultas previas

DÍAS DE INTERNACIÓN			
Agente de Salud	Media	DS	Valor de p
Curandero	17,2 días	16,5	0,003
Médico General	13,5 días	15,5	NS*
Farmacéutico	16,6 días	13,4	NS*
Enfermera	12,9 días	11,1	NS*
Pediatra	11,6 días	14	NS*
No consultó	5 días	13	0,005

NS* = p no significativa

Figura # 5. Días de internación según días de síntomas previos a la consulta

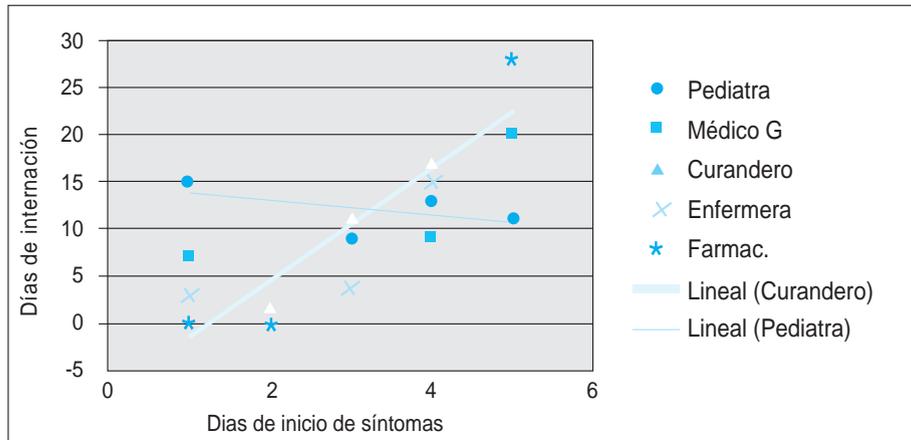
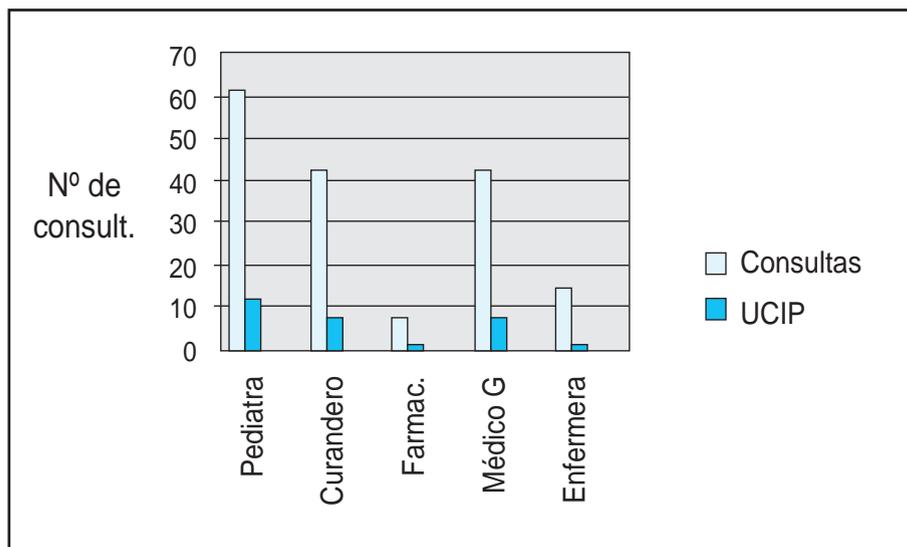


Figura # 6. Ingreso a Terapia Intensiva en relación con el agente consultado



Discusión

Aunque las tradiciones y creencias populares de una región deben ser respetadas, existen algunas que pueden ser altamente peligrosas para la salud del individuo y que por lo tanto requieren la intervención con adopción de medidas sanitarias preventivas adecuadas. Solo cuando los profesionales de la salud responsables de programas sanitarios conocen las concepciones tradicionales de salud y enfermedad de una población se pueden realizar las intervenciones de promoción y prevención adecuadas ⁽¹⁰⁾.

Estudios en la población nigeriana reportan la baja utilización de los servicios convencionales de salud debido a un acceso más fácil al curandero, dificultades de transporte, alto costo de los fármacos y gastos de la atención médica ⁽⁵⁾. El presente trabajo no está dirigido a conocer por qué los pacientes consultan con agentes no médicos sino para establecer las consecuencias de estas prácticas.

Los niños menores de 5 años que se internaron por diarrea aguda o infección respiratoria baja en el Hospital Nacional fueron de un estrato socioeconómico bajo, con un nivel educativo de los padres que en un alto porcentaje no superaba la primaria. Solo la mitad poseía servicios sanitarios básicos (agua potable, heladera, eliminación de excretas). La población urbana predominó ligeramente sobre la rural. Todos los pacientes estudiados consultaron frecuentemente, previo al momento de la internación, con «agentes de salud» no-pediatra y no médico.

Gran parte de los niños, 61%, llevaba más de tres días de síntomas cuando consultaron en el centro de mayor complejidad y se decidió la internación.

No se observó diferencias socioeconómicas, étnicas o educativas entre los que consultaron y no lo hicieron con agentes no- médicos.

Casi la totalidad de los pacientes, había recibido algún tratamiento previo a la internación, observándose uso frecuente de medicación sintomática como antitérmicos, antitusivos, antiespasmódicos etc. e infusiones, y en menor medida antibióticos.

Quedó claramente establecido como resultado del análisis bivariado que los niños que fueron llevados al curandero fueron más frecuentemente de medio rural, con mayor compromiso nutricional y presentaron al ingreso hospitalario un estado clínico más grave, tuvieron más días de internación y mayor número de complicaciones que quienes no lo hicieron,

todo esto con una fuerte evidencia estadística, expuesta en el análisis.

El aumento de las complicaciones y de los días de internación mantuvo la independencia en el análisis de regresión múltiple cuando el consultado fue el curandero fortaleciendo los hallazgos del análisis bivariado al respecto.

Los datos expuestos en este estudio determinan la necesidad de incorporar recomendaciones específicas en las oportunidades en las que el niño y su familia toman contacto con el sistema de salud, para desalentar las consultas con el curandero y con individuos no médicos, aun conociendo que esta situación es el resultado de una realidad económico social y cultural.

Los niños que consultaron por primera vez dentro del cuadro de diarrea aguda o IRB en el hospital donde se internaron, tuvieron menos días de estadía hospitalaria y un riesgo relativo de 6 veces menos complicaciones independientemente de la gravedad de ingreso, que los que realizaron consultas previas.

Los que consultaron previamente con el pediatra tuvieron menos días de internación que los que consultaron con otros agentes pero más días que los que fueron directamente al hospital. Esto se asocia claramente con variable tiempo de inicio de los síntomas sugiriendo que la atención prehospitalaria impartida por esta variedad de agentes ocasionó una demora en la internación incluso cuando el consultado fue el pediatra, señalando una realidad sanitaria preocupante. Aunque una descripción detallada de las falencias de la atención prehospitalaria no fue el objetivo de este estudio, es claro el resultado que un niño con compromiso moderado o severo secundario a diarrea aguda o IRB, tiene menor morbilidad si consulta directamente en el hospital de mayor complejidad.

Una sorprendente variedad de hierbas fue utilizada para el tratamiento previo de las dos patologías estudiadas y, aunque las recibieron prácticamente todos los pacientes que consultaron con el curandero, también lo hicieron pacientes que no consultaron con el mismo. Se demostró que los niños que recibieron infusiones tuvieron una media de 3,8 días más de internación y llegaron más gravemente enfermos, pero no se asoció con un aumento de las complicaciones en el análisis multivariado.

También tuvieron más días de iniciados los síntomas previos a la internación.

Estos datos implican que no hay suficiente evidencia para atribuir a las infusiones como causantes de aumento de la morbilidad sino al tiempo de demora. Una causa posible es la observación de la toxicidad baja de las hierbas más frecuentemente utilizadas, estos datos deben ser corroborados con estudios dirigidos específicamente a determinar toxicidad de plantas medicinales ⁽¹¹⁾. Las creencias que acompañan la medicina herbaria suelen mantenerse aún con las migraciones a otros ámbitos culturales, por lo que sería importante identificar cuales son dañinas y cuales inocuas para la salud. ^(12, 14). Existen programas de salud pública que han incorporado a los curanderos al sistema de salud luego de educarlos en algunas medidas preventivas como por ejemplo el uso del SRO, pero esto no resuelve la incapacidad de estos agentes para detectar la gravedad del enfermo y realizar la derivación oportuna que constituye una de las causas de aumento de la morbilidad en este estudio. ^(5, 6, 15)

Un estudio realizado en Gambia comparó la mortalidad entre dos poblaciones una con y otra sin curanderos y comprobó que no había diferencia de la mortalidad entre ambas; otro estudio en Malawi aporta resultados opuestos; cada región debe conocer el impacto en la salud de sus habitantes debido a que las prácticas son diferentes.

Este trabajo pudo establecer tendencias con relación a la mortalidad, los 6 niños fallecidos realizaron en conjunto 16 consultas al empírico, 6 al médico general y 4 al pediatra. Se necesita una muestra mayor para establecer causalidad. ^(16, 19)

En conclusión la consulta previa con el curandero aumenta de manera altamente significativa la morbilidad (días de internación y complicaciones) en los niños hospitalizados por diarrea aguda y IRB. Este efecto se relacionó con un mayor número de días de síntomas previos y con una gravedad al ingreso aumentada.

La consulta directa en el hospital estudiado fue el factor determinante de la disminución de la morbilidad. La importante evidencia estadística demostrada implica la necesidad de adopción de medidas sanitarias pertinentes.

Referencias

1. Katung PY. Socioeconomic factors responsible for poor utilization of the primary care services in a rural community in Nigeria. *Niger J Med* 2001;10:28-9
2. Kale R. Traditional healers in South Africa: a parallel health care system. *BMJ* 1995;310:1182-5
3. Snow RW, Schellenberg JR, Foster D, Munglala VO. Factors influencing admission to hospital during terminal illnesses in Kenya. *Int J Epidemiol.* 1994;23:1013-9
4. Smith A, Martin M, Cairns J. Traditional healers may cause dangerous delays. *BMJ* 1995; 311:948
5. Nations MK, De Sousa MA, Correia LL, Da Silva DM. Brazilian popular healers as effective promoters of oral rehydration therapy (ORT) and related child survival strategies. *Bull Pan Am Health Organ.* 1988; 22:335-54.
6. Bizimungu C. The interface of traditional medicine with conventional medicine and primary health care. PMID: 12267474 (PubMed - indexed for Medline)
7. Ortega F. Health systems and traditional medicine in Ecuador. *Dev Sante.* 1988;25-7
8. Indicadores de Mortalidad 2000. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Planificación y Evaluación. Departamento de Bioestadística. Paraguay: 55.
9. Guillaume A, Rey S. Diarrhea morbidity: what therapeutic recourses? *ANN IFORD.* 1988;12:89-101
10. Staugard F. The epidemiology of belief and practices. *Bostown Natl. Health Bull* 1985; 1:61-75
11. Mutti O. Herbolaria Regional. En: Sociedad Argentina de Pediatría, editor. PRONAP 2003. Modulo 3. Bs.: SAP; 2003.p.37-60.
12. Risser AL, Mazur LJ. Use of folk remedies in a Hispanic population. Department of Pediatrics, University of Texas Health Science Center, Houston, USA. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149:978-81.
13. Dambisya YM, Tindimwebwa G. Traditional remedies in children around Eastern Cape, South Africa. School of health Sciences, University of the North, Sovenga 0727, Republic of South Africa. (Abstract). *East Afr Med J.* 2003; 80:402-5.
14. Edzard E. Serious adverse effects of unconventional therapies for children and adolescents: a systematic review of recent evidence. *Europ J of Pediatrics* 2003;162:72-80.
15. Hoff W. Traditional healers and community health. International Child Resource Institute. *World Health Forum.* 1992;13:182-7.
16. De Francisco A, Schellenberg JA, Hall AJ, Greenwood AM, Cham K. Comparison of mortality between villages with and without Health Care workers in Upper River Division, The Gambia. *J Trop Med Hyg* 1994;97:69-74
17. Vaahtera M, Kumala T, Cullinan T, Salin ML. Epidemiology and predictors of infant morbidity in rural Malawi. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:363-71.
18. Kroeger A. South Americans Indians between traditional and modern health services in rural Ecuador. *Bull Pan Am Health Organ.* 1982;16:242-54
19. Anokbonggo WW, Odoi-Adome R. Traditional methods in management of diarrhoeal diseases in Uganda. *Bull World Health Organ* 1990;68:359-63.