



Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Título:

"Uso de Plantas en Pediatría:
"Uso de Plantas en Pediatría;
Medicina Folclórica."
Medicina Folclórica."

Alumno: Rocha Bogo, Diacuí

Tutor: Dra. Mónica Gustafsson

Especialista en Pediatría

Fecha de presentación: agosto de 2008

Agradecimientos

Este trabajo, si bien ha requerido de esfuerzo y dedicación, también fue fuente de enseñanza y gratificación. Como testimonio de gratitud y eterno reconocimiento, por el apoyo que me han brindado y con el cual hiciera posible su realización, dedico mis sinceros agradecimientos a las personas que a continuación citaré.

En primer lugar doy gracias a Dios por estar siempre conmigo, guiando mis pasos y colocando en mi camino las personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el período de estudio e investigación.

Agradecer hoy y siempre a mi familia por la oportunidad de existir, por su sacrificio y ejemplo de superación incansable, por su comprensión y confianza, por su amistad y amor incondicional. En especial a mi Padre, por haber sido mi inspiración y ejemplo a seguir, sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer todo lo que me has brindado.

De igual manera dejo mi reconocimiento a la Dra. Mónica Gustafsson, por su dedicación y colaboración brindados siempre y por sus consejos para hacer posible la realización de este trabajo.

A la Universidad Abierta Interamericana por brindarme mas este espacio para desarrollarme como alumna y futura profesional.

En general quisiera agradecer a todas a cada una de las personas que me han acompañado en la realización de este trabajo, y que no nombraré, pero que tanto ellas como yo sabemos que desde mi corazón les agradezco todo el apoyo y colaboración brindados.

Índice

Resumen -----	3
Introducción-----	5
Marco teórico-----	8
Problema -----	16
Objetivos -----	16
Material y métodos -----	17
Resultados -----	21
Discusión -----	37
Conclusión -----	41
Bibliografía -----	43
Anexos -----	47

Resumen

Las plantas medicinales constituyen una herramienta de la medicina tradicional y representan una alternativa importante como atención primaria de la salud. El uso de plantas medicinales se considera extendido dentro de nuestra población, especialmente en los sectores más desfavorecidos económicamente.

El objetivo de este trabajo era conocer la prevalencia de uso y manifestaciones clínicas posteriores al uso de plantas de la medicina folclórica, así como determinar factores maternos que podrían estar asociados al uso e intoxicación por plantas medicinales.

El presente es un estudio descriptivo realizado en base a una encuesta a madres o responsables de niños de 0 a 15 años que concurren a los servicios de pediatría del Hospital “Eva Perón” de la ciudad de Granadero Baigorria, SAMCO de la ciudad de Capitán Bermúdez, “Sanatorio de la Mujer” y Centro de Salud “Jean Henry Dunant” de la ciudad de Rosario, durante el período comprendido entre el 1º de diciembre de 2007 y el 31 de mayo de 2008.

Se obtuvieron los siguientes resultados: del total de la población estudiada se observó una mayor prevalencia de adolescentes (10-15 años), del sexo femenino, de población urbana, correspondiente al subsector público. Respecto a las madres se encontró un mayor número en el rango de edad de 21-39 años, con estudios secundarios, empleadas. El 78,1% refirió utilizar plantas, donde la más usada fue la manzanilla como antiespasmódico, en las casas, por la noche, durante la semana. La mayoría (94,8%) no refirió ningún efecto adverso posterior a la ingesta, el 5,2% mencionó algún tipo de efecto adverso, presentándose con mayor frecuencia

somnolencia, diarrea y otros síntomas gastrointestinales, donde para su observación y tratamiento necesitó internación temporaria (hasta 12 horas).

PALABRAS CLAVES: USO DE PLANTAS, PEDIATRÍA, MEDICINA FOLCLÓRICA.

Introducción

Las sociedades han desarrollado experiencias y sistematizado formas especiales de “conocer y saber” acerca de la salud y la enfermedad, que han ido configurando un conjunto de nociones y conocimientos formados en la práctica cotidiana y espontánea de la gente común.

A principios de 1900, antes de la “Era sintética”, el 80% de todas las medicinas se obtenían de raíces, cortezas y hojas. El extracto fluído (pociones) estaba de moda, utilizado incluso por los médicos de familia. Cada hogar tenía sus tés y tónicos favoritos. La humanidad tenía fe en la creencia de que para cada enfermedad había una cura en las plantas.¹ Los conocimientos sobre el uso medicinal de las plantas fueron siendo transmitidos por generaciones hasta nuestros tiempos y están intrínsecos en nuestras culturas.

La Etnobotánica, disciplina que surge como tal en 1895, es el estudio de cómo la gente de una cultura y/o religión particular hacen uso de la flora autóctona, incluyendo el uso de plantas en alimentación, medicina y cualquier otra aplicación. La Etnomedicina se refiere al uso de plantas como medicina.

El uso tradicional de la medicina casera se fue perdiendo a medida que los productos químicos penetraban en la sociedad. La fitoterapia fue desvalorizada por la comunidad científica, basadas en estrategias de investigación biomédicas y en las presiones de industrias multinacionales que se inclinó en los últimos siglos en las prácticas farmacoquímicas.

Sin embargo, la medicina folclórica se ejerce con mucha frecuencia pues los estratos sociales de menor poder económico, tienden a recurrir a la medicina casera y a los recursos del curanderismo por no tener fácil acceso al sistema de salud.

Según PM Rodríguez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente el 80% de la población de países subdesarrollados dispone casi exclusivamente de la medicina tradicional para cubrir sus necesidades sanitarias primarias. Dado que las plantas medicinales constituyen una gran herramienta de la medicina tradicional, más de 4000 millones de personas de los países en desarrollo utilizan plantas medicinales de forma regular. ² Además para este sector poblacional las plantas medicinales representan una alternativa importante, en algunos casos la única como atención primaria de la salud, y también su cultivo y comercialización representa una fuente de ingresos. Así para este segmento de la población mundial, existe la necesidad de estudiar estas plantas para regular su seguridad y eficacia.

Debido al elevado precio de algunos medicamentos convencionales, los efectos colaterales que producen, el fácil acceso a las plantas y a la tendencia a respetar y mantener los conocimientos de los ancestros, las plantas medicinales se convierten en elementos de elección.

La forma más sencilla de las preparaciones consiste en extraer de ellas sus principios activos como resultado del cocimiento de los materiales vegetales en agua y luego, el líquido filtrado o no, es empleado en toma fría o caliente según el caso, o en baños y fricciones, pudiendo utilizarse a tal fin una o varias especies a la vez.

Como toda sustancia, las plantas medicinales tienen efectos adversos y contraindicaciones, lo cual puede incrementarse al ser manipulados artesanalmente en los hogares (ya que resulta difícil cuantificar la concentración de los principios activos). Además se suma el riesgo del desconocimiento, que puede llevar a utilizar

una planta equivocada por sus semejanzas o por confusiones del informante. Sin embargo, el uso de plantas medicinales tiene una baja tasa de morbi-mortalidad, siendo los niños el grupo de mayor vulnerabilidad (por no tener desarrollado sus sistemas enzimáticos, por su rápido crecimiento celular y por la dependencia del accionar de los adultos responsables de su cuidado).

Algunas estadísticas indican que solamente el 40% de la población acude a los servicios médicos, es de suponer que al menos una parte del 60% restante recurre a la medicina tradicional.³

Para los profesionales de la salud debería ser fundamental tener en cuenta estas prácticas ya que la forma de vida, la concepción del mundo, las costumbres y creencias, determinan una percepción particular del proceso salud enfermedad y definen la forma de enfermar y morir de cada grupo social.⁴

Marco teórico

El uso de plantas con finalidad medicinal es una costumbre ancestral, que se da en todas las culturas. La historia de la humanidad nos presenta muchos ejemplos del conocimiento popular de los efectos de especies vegetales. A través de las generaciones se transmite la costumbre de utilizar distintas plantas con el propósito de aliviar diversos males.

El uso de plantas medicinales se incrementó ampliamente en los últimos años, ya sea tanto por razones económicas como por la valoración de la medicina natural. La fitoterapia suele considerarse como un complemento terapéutico, en algunos casos prescripto por el médico y, en la mayoría de los casos, automedicado. Esta característica, sumada a la errónea creencia de que las plantas medicinales carecen de efectos adversos y contraindicaciones puede originar procesos de morbimortalidad como ser las intoxicaciones.

No se tiene conocimiento de que en la Argentina se hayan realizado estudios de monitoreo de reacciones adversas de fitoterápicos comparables a los realizados en los países del hemisferio norte en períodos tan prolongados como 20 años.⁵

Existen variedades de plantas utilizadas con fines medicinales, ornamentales, alucinógenos y alimentarios. El material puede estar preparado en forma de:

1. Infusión: al material fresco o seco se le agrega agua hirviendo, se tapa, se deja algunos minutos y se filtra.
2. Cocimiento: se hierve el material fresco o seco en agua durante algunos minutos y se filtra.
3. Maceración: se pone el material en agua durante 24 horas y posteriormente se hierve y se filtra.

Las vías de ingreso preferentes de los principios activos son la vía oral y la cutánea, teniendo menor frecuencia la vía inhalatoria.

Como la mayoría de las intoxicaciones por plantas se dan en niños, en general el interrogatorio a los familiares no da resultados en las primeras entrevistas a los familiares, por el temor a los reproches del médico tratante, siendo por eso necesario realizar un interrogatorio cuidadoso, tanto a la obtención de datos como en respeto a sus creencias, lo que forjara una mejor relación médico-paciente en beneficio de ambos.

En un estudio realizado en el Hospital Santa Rosa de Chajarí de la Provincia de Entre Ríos, se encontró que el 98% de las madres realizan alguna práctica “casera” antes de la consulta médica. Además el 78% de las madres no mencionan las prácticas que realizan en el hogar, el 51% no lo refiere por temor a ser reprendidas y el 25 % contestó que nunca se le preguntó acerca de las medidas efectuadas en el hogar.⁴

En el Hospital de Niños de Tucumán ingresa al menos un caso al mes de intoxicación con paico, aunque sólo se conoce un caso fatal.⁶

En Estados Unidos en el año 1997, se estimaba que el 12,1% de la población adulta había usado plantas medicinales el año anterior.⁷ En el año 2003, el gasto en Europa en estos productos alcanzó la cifra de 5.000 millones de dólares.⁸

En una encuesta realizada Salt Lake City, Utah, Estados Unidos con 505 familias de niños con enfermedades crónicas, se encontró que alrededor del 15 % usaba plantas medicinales. Otra encuesta realizada en Montreal encontró que el 11% de los niños que concurren a consultorios externos usaba medicinas alternativas o complementarias.⁹ Un grupo de gran interés es el de adolescentes con trastornos de

la conducta alimentaria, donde un 40% usaban productos de herbolario para disminuir el apetito, perder peso o inducir el vómito.¹⁰

A raíz de la aparición de algunos efectos tóxicos y de comprobar que pueden interactuar con fármacos convencionales, desde diversas instancias profesionales se ha recomendado mejorar el conocimiento y extremar la vigilancia sobre el uso de la medicina natural. Francia y Alemania tienen un registro simplificado. El Reino Unido exige las mismas condiciones que para los fármacos convencionales, es decir, demostrar su eficacia y seguridad mediante ensayos clínicos antes de ser autorizados. En Estados Unidos las plantas medicinales pasaron a considerarse suplementos dietéticos en 1994, lo que implica que no precisan autorización de las autoridades sanitarias.

Plantas medicinales

A continuación se detallan las plantas mencionadas por las madres en las encuestas del presente estudio según la bibliografía revisada:

PLANTA	COMPOSICIÓN QUÍMICA	USOS	CONTRA INDICACIONES	EFFECTOS TÓXICOS
<u>Boldo</u> <i>Peumus Boldus</i> <i>Molina -</i> <i>Monimiáceas</i>	alcaloides principalmente boldina, aceites esenciales (cineol, p-cimol, ascaridol).	digestivo, laxante, hepatitis, insuficiencia hepato-biliar, litiasis biliar, disquinesia biliar, cólicos hepáticos, colecistitis, espasmos digestivos y dispepsias secretorias, ascaridiasis, insomnio, cistitis, vulvovaginitis.	obstrucción de las vías biliares, embarazo, lactancia y niños menores de 6 años.	posible a dosis altas, por los alcaloides y el aceite esencial con efecto neurotóxico y abortivo. A dosis altas la boldina es convulsivante, hipnótico y anestésico, la esencia puede producir vómitos, diarreas y alteraciones del sistema nervioso (efecto narcótico).
<u>Manzanilla</u> <i>Matricaria</i> <i>Chamomilla –</i> <i>Compuestas</i>	contiene aceite esencial, chamazuleno, azuleno, flavonoides y cumarinas.	antiespasmódico, gastritis, duodenitis, dispepsias, indigestiones, úlceras gastroduodenales, gases intestinales, diarreas nerviosas. Dismenorrea y amenorrea de origen nervioso. Neuralgias	embarazo, por su acción uterotónica. Alergia. Menores de 3 años.	hipotonía generalizada, somnolencia y acidosis. Infusiones muy concentradas pueden tener efecto emético.

		especialmente faciales. En aplicación tópica: estomatitis, gingivitis, faringitis, heridas, úlceras, vaginitis, hemorroides, eccemas y conjuntivitis. Antiinflamatorio local y tranquilizante.		
Té Negro <i>Thea sinensis</i> <i>sims (Camelia</i> <i>thea link) –</i> <i>Cameliáceas</i>	taninos, polifenoles con acción antioxidante.	estados irritativos del estomago, cefaleas, enfermedades con fiebre, niveles altos de colesterol, aterosclerosis	en dosis altas puede causar palpitaciones, náuseas, vómitos, vértigos y aumento de la diuresis.	
Té Mate <i>Ilex</i> <i>paraguariensis</i> ó <i>Ilex-Mate</i> - <i>Aquifoliaceae</i>	cafeína (estimulante respiratorio y nervioso). Diurético por las bases xánticas y los flavonoides. Taninos (acción antinutrientes). Vitaminas del complejo B (B1, B2, 36, Niacina, Ácido pantoténico) y minerales como Potasio, Sodio, Manganeso, Hierro y Fósforo.	astenia, hipotensión, energética, regímenes de adelgazamiento.	Estados de ansiedad, insomnio, taquicardia, hipertensión arterial.	por su contenido rico en cafeína, produce excitación, insomnio y taquicardia. En dosis altas puede llegar a ser emético y purgante.
Ruda <i>Ruta</i> <i>graveolens</i> - <i>Rutáceas</i>	un glucósido, la rutina y aceites esenciales.	Amenorrea, espasmos gastrointestinales, parasitosis, várices, hemorroides. Por vía externa, para tratar sarna y áreas reumáticas, también el vitiligo y la leucodermia sometiendo los enfermos a radiaciones ultravioleta controladas.	embarazo, lactancia (el aceite esencial es neurotóxico y abortivo).	el aceite esencial es muy tóxico, produciendo vómitos, cólicos intensos, gastroenteritis, congestión pelviana, hemorragias, movimientos fibrilares de la lengua, confusión mental, coma e incluso la muerte. El uso como abortivo es extremadamente peligroso ya que el efecto abortivo se produce en dosis cercanas a niveles tóxicos. Cuando utilizado para el bronceado “casero” produce una fitodermatitis muy severa.
Tilo <i>Tilia cordata</i> <i>Mill - Tiliáceas</i>	aninos, flavonoides, nucilagos, terterósidos sumarínicos.	insomnio, ansiedad, gripe, resfriados, gastritis, úlceras gastroduodenales, espasmos de vías digestivas y biliares, migrañas de origen hepático, flatulencias, colon irritable, síndromes postcolecistectomía,	tratamientos con anticoagulantes, por la posible potenciación de su efecto. Cardiopatías (en uso prolongado), obstrucción esofágica o intestinal, íleo paralítico,	

		cistitis, uretritis, cólicos nefríticos, aterosclerosis, hipertensión arterial, coronariopatías. En uso externo, como demulcente, en cremas, lociones y champú.	apendicitis, dolor gastrointestinal no diagnosticado.	
Paico <i>Chenopodium ambrosioides</i> - <i>Quenopodiáceas</i>	contiene aceite esencial, ácido salicílico, ascaridol. Según Antúnez de Mayolo ¹¹ refiere que las hojas al contener proteínas, carbohidratos, calcio, fosforo y hierro es actualmente usada como alimento en Perú, en los potajes denominados "caldo verde", "chupe de paico" y otros.	hipotensor, relajante muscular, antiparasitario efectivo contra oxiuros, áscaris, anchilostomas y actividad antibacteriana. Cólicos estomacales, resfríos, espasmos, hemorroides, neumonías, gastritis, dismenorrea, inflamaciones de vías urinarias, antitusígeno, purgante, diurético, hepatoprotector, antiinflamatorio, antiemético, antiséptico, digestivo y antirreumático	El ascaridol produce gastroenteritis hemorrágica, distensión abdominal, invaginaciones, acidosis metabólica, coma y paro respiratorio. Cuadro semejante al de una intoxicación con aspirina con: vómito, dolor urente en abdomen, hiperpnea, letargia, zumbidos en los oídos, vértigo, convulsiones, cianosis, oliguria, edema pulmonar, insuficiencia respiratoria, acidosis metabólica, coma y muerte.	
Orégano <i>Origanum vulgare</i> – <i>Labiadas</i>	contiene un aceite esencial formado por timol, carvacrol y organeno; taninos y resinas.	se usa en infusión, en las afecciones de las vías respiratorias y en la tos espasmódica; en uso externo se emplea en fricciones para dolores reumáticos (aceite esencial). En dietética se emplea como condimento.	embarazo (aceite esencial es estimulante uterino), niños menores de dos años y personas con lesiones cutáneas no utilizarlo en forma tópica.	irritación de piel y mucosas cuando el aceite es usado en concentraciones superiores al 1%
Limón <i>Citrus limonum</i> <i>risso</i> – <i>Rutáceas</i>	aceite esencial, limoneno, cumarinas, pectina, ácidos cítricos y I-ascórbico, carotenoides.	fragilidad capilar, púrpuras vasculares, prevención de accidentes hemorrágicos en hipertensos, en aterosclerosis, diabetes. Crisis hemorroidales, varices, tromboflebitis. Metrorragias y prevención de las complicaciones vasculares de las gestantes. Retinopatías e hiperemias conjuntivales. Diaquinesia hepatobiliar, diarreas. Infecciones respiratorias. Cólicos nefríticos. Vitamínico. Antigripal.	El aceite esencial, aplicado tópicamente, es incompatible con la exposición solar y las radiaciones ultravioletas (fototóxico).	acidez estomacal, fotosensibilidad.
Lechuga	Ácidos α-linolénico, ascórbico, aspártico, cítrico, glutamínico,	diurético, antiespasmódico, mejora la circulación, previene la		<i>Lactucarium</i> : la lactucina, junto con el lactucerol y el ácido

<p><i>actuca sativa L.</i> Compuestas</p>	<p>inoico, oleico, málico, oxálico, palmítico, esteárico. Betacaroteno. Fibra. Pectinas. Vitaminas A, E, B1, B2, B3. Aminoácidos: alanina, cistina, histidina, glicina, isoleucina, leucina, lisina, serina, tirosina, valina. Minerales: potasio, calcio, magnesio, sodio, azufre, hierro, aluminio, cobre, cobalto, silicio, selenio, circonio, itrio, estroncio.</p>	<p>aterosclerosis y disminución del colesterol. Ansiolítico. Afecciones del aparato respiratorio como asma, bronquitis y tos. Dismenorrea e hipomenorrea. Analgésico de uso tópico para esquinces, contusiones, quemaduras, etc. Alimentación: tiene un bajo contenido en grasas y en hidratos de carbono y alto contenido de agua.</p>	<p>lactúrico constituyen la base del lactucarium, que tiene propiedades sedativas, diuréticas e hipnóticas, utilizado en algunas ocasiones como sustitutivo del opio, con efectos similares, aunque sin valores adictivos. Este jugo puede beberse o evaporar el agua y formar una pasta, que puede fumarse.</p>	
<p>Canela <i>Cinnamomum verum J. Presl - Lauráceas</i></p>	<p>aceite esencial, sesquiterpenos, cineol, aldehídos aromáticos, fenoles, taninos, resinas, mucílagos.</p>	<p>cistitis, uretritis, prostatitis, orquitis, vulvovaginitis, gripe, bronquitis, enfisema, faringitis, laringitis, traqueitis, sinusitis, rinitis, disenterias, enterocolitis espasmódicas e infecciosas, diarreas, amebiasis, oxiuriasis, meteorismo, gastritis, úlceras gastroduodenales, amenorreas, dismenorreas, oligomenorreas. Emenagogo, facilitador del trabajo del parto y antimenorrágico. Hipertensión arterial, prevención de tromboembolismos. Tópico: infecciones del cuero cabelludo, micosis cutánea, herpes simple, prevención de caries.</p>	<p>embarazo, alergia</p>	<p>el aceite esencial es irritante de piel y mucosas. El aldehído cinámico ocasiona dermatitis y el eugenol gastritis.</p>
<p>Menta <i>Mentha piperita - Lamiáceas</i></p>	<p>aceite esencial rico en mentol que es un alcohol secundario terpénico acompañado de la cetona correspondiente, la mentona, la responsable de la acción digestiva.</p>	<p>gastralgias, gastroenteritis, espasmos gástricos, síndrome del intestino irritable, meteorismo, disquinesias biliares, cólicos hepatobiliares, hepatitis, inapetencia, cistitis, uretritis, prostatitis, coriza. En aplicación tópica: prurito, eczema, dermatomycosis, herpes simple, celulitis, neuralgias y afecciones reumáticas. En inhalación, para sinusitis, bronquitis, resfriados y gripe.</p>	<p>alergias respiratorias, lactancia, embarazo, niños menores de dos años (aceite esencial).</p>	<p>el aceite esencial tiene efecto sobre el sistema nervioso central, puede generar tanto cuadros de excitación como depresión del Sistema Nervioso Central. La inhalación del mentol puede producir una acción depresora cardíaca y espasmódica en laringe y bronquios, lo que en niños puede incluso llegar a provocar asfixia.</p>
<p>Eucalipto <i>Eucalyptus globulus Labillard.</i></p>	<p>aceite esencial en el que el constituyente es el eucaliptol o cineol.</p>	<p>asma, bronquitis, rinitis, faringitis, amigdalitis, traqueitis, gripe, resfriados, vaginitis,</p>	<p>embarazo, lactancia, niños menores de dos años (aceite</p>	<p>a dosis altas, el aceite esencial puede originar gastroenteritis,</p>

<i>globulus Labill</i> - <i>Mirtáceas</i>		cistitis, diabetes mellitus tipo II, dermatitis candidiasica y bacteriana.	esencial).	náuseas, vómitos, hematuria, depresión respiratoria y coma. En personas sensibles, especialmente en niños, puede provocar broncorrea y broncoespasmos. En aplicación tópica: intolerancia, que cursan con eccema y prurito. En niños cuadro de obstrucción bronquial con gran dificultad respiratoria y metahemoglobinemia
Cedrón <i>Lippia citriodora</i> o <i>Lippia triphilla</i> - <i>Verbenáceas</i>	aceite esencial, limoneno, alcoholes alifáticos.	dispepsias, meteorismo, espasmos gastrointestinales, ulcus gastroduodenal, sdme del intestino irritable, enterocolitis, insomnio, ansiedad, depresiones, jaquecas. En uso tópico: dolores reumáticos, neurálgias, alergias y prurito.	embarazo (aceite esencial)	el aceite esencial, en dosis elevadas, es neurotóxico.
Romero <i>Rosmarinus officinalis</i> - <i>Lamiáceas</i>	aceite esencial, flavonoides, linalol, borneol, ácidos fenil-carbolicos.	espasmos digestivos, dispepsias asociadas a tensión nerviosa, flatulencias. Disquinesia biliar, colecistitis, colelitiasis. Migrañas. Estados depresivos con debilidad general. Amenorrea. En uso tópico: mialgias, reumatismos musculares, ciáticas, neuralgias intercostales. Gota. Abscesos.	hipersensibilidad al aceite esencial, embarazo, epilepsia (el aceite esencial es neurotóxico, epileptógeno y abortivo).	El aceite esencial puede causar irritación del endotelio renal y es neurotóxico.
Sen <i>Cassia angustifolia</i> Vahl (“ <i>Sen de la India</i> o de <i>Tinnevely</i> ”) <i>Cassia acutifolia</i> Delile (“ <i>Sen de Alejandria</i> o de <i>Jartum</i> ”) <i>Cesalpínáceas</i>	glucósidos, flavonoides, trazas de aceite esencial, fitosteroles y derivados gástricos, resinas.	estreñimiento ocasional. Limpieza intestinal previa a exploraciones radiológicas o cirugía.	Lactancia y embarazo. Menstruación. Estados inflamatorios intestinales o uterinos. Hemorroides. Cistitis. Obstrucción intestinal, estenosis intestinal, colon irritable, deshidratación.	el uso prolongado suele comportar problemas de colon (colitis reaccionales). Se han descrito dermatitis de contacto con las hojas frescas.
Té Verde <i>Thea sinensis</i> Sims - <i>Teáceas</i>	flavonoides, taninos catéquicos, bases xánticas (cafeína, teofilina), vitaminas del grupo B, sales minerales, flúor. Acción estimulante más duradera que la producida por el café. El extracto	astenia, hipotensión, diarreas, coadyuvante en el tratamiento de la obesidad. Hipercolesterolemias, prevención de tromboembolismos. Migrañas. Celulitis, en uso externo.	ansiedad, insomnio.	hepatitis aguda ¹² Se ha establecido cierta relación entre cáncer de esófago y consumo abusivo y continuado de té, debido a la temperatura y a los taninos catéquicos

	del té verde mostró, en animales de laboratorio, una acción preventiva de la hipelipidemia.		condensados.
Palta <i>Persea americana</i> Miller – Lauráceas	hidrocarburos saturados, escualeno, esteroides, vitaminas D, E, B6, B2, B3, B5, B8 y ácido fólico).	estomacal, antineuralgica, eccema, psoriasis, ictiosis, envejecimiento cutáneo y sequedad de la piel, antigotoso, carminativo, vermífugo, antihelmíntico, artrosis, artritis reumatoides y sinovitis, piorreas alveolos dentarias.	no conviene realizar tratamientos largos con las semillas, debido al antecedente de intoxicaciones de ganado que han presentado signos de mastitis.

Conviene que los servicios de salud, tengan disponibles métodos de identificación apropiados de las plantas de cada región. Esta tarea puede ser difícil pero no imposible, y ayudará al momento de realizar la consulta médica para informar a los padres y establecer la terapéutica adecuada lo más rápido posible. También es útil enseñar a los padres y población en general el concepto de que la “medicación casera” puede producir cuadros tóxicos severos, especialmente cuando administrada a lactantes o niños pequeños. Y procurar que los servicios de salud conozcan los nombres de las plantas de la región usadas con fines medicinales o comestibles, y la caracterización fisicoquímicas, farmacológicas y toxicológicas de los principios activos responsables de los efectos adversos, para facilitar su identificación, diagnóstico y tratamiento frente a potenciales intoxicaciones y sin duda alguna para en primer lugar poder prevenir las.

Problema

¿Cuál es la motivación y frecuencia del uso de plantas medicinales (Medicina Folclórica) y los riesgos que implica esta práctica en niños de 0 a 15 años?

Objetivos

General

- ✓ Conocer el comportamiento clínico epidemiológico de un grupo de pacientes pediátricos que asisten a instituciones de salud públicas y privadas en relación a la ingesta de plantas de la Medicina Folclórica durante el período diciembre de 2007 a mayo de 2008.

Específicos

- ✓ Conocer las características generales de la población (grupo etario, sexo y zona geográfica de procedencia).
- ✓ Determinar la frecuencia de ingestión de plantas de la Medicina Folclórica.
- ✓ Identificar las plantas más frecuentemente administradas a la población estudiada.
- ✓ Determinar la edad, escolaridad y ocupación de la madre como factores asociados al uso e intoxicación por plantas.
- ✓ Conocer las manifestaciones y la severidad (según requirió internación o no) posteriores al uso de plantas según la especie administrada, en base a la

información suministrada por los responsables acompañantes de los niños en el momento de la entrevista.

Material y métodos

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo en base a los datos obtenidos mediante una encuesta realizada a madres o responsables de niños de 0 a 15 años que asisten a los consultorios externos de los servicios de Pediatría del Hospital “Eva Perón” de la ciudad de Granadero Baigorria, SAMCO de la ciudad de Capitán Bermúdez, “Sanatorio de la Mujer” y Centro de Salud “Jean Henry Dunant” de la ciudad de Rosario, durante el período comprendido entre el 1º de diciembre de 2007 y el 31 de mayo de 2008.

El muestreo fue no probabilístico y accidental. La muestra quedó conformada por 320 encuestas correspondientes a niños acompañados de sus madres o responsables. Se incluyeron en el estudio a niños con edades comprendidas entre los 0 y 15 años.

El instrumento de recolección de datos fue una encuesta de carácter anónimo, confeccionada con preguntas cerradas y abiertas (ver anexo 1). El lugar de la encuesta fue las salas de espera de los consultorios externos de los servicios de Pediatría de las mencionadas instituciones.

Las encuestas fueron realizadas mediante un formulario impreso, previa aceptación del responsable del niño de participar de la misma, en forma voluntaria e individual, luego de haber explicado la finalidad del trabajo y el anonimato de las respuestas dadas.

El presente trabajo no visa detectar específicamente cuadros de intoxicación relacionadas al uso de plantas, sino investigar la frecuencia, motivación y aplicación de su uso, buscando la posible relación con factores socio-culturales y del medio para su utilización. Tampoco fue realizado con el objetivo de poner en juicio o

comparar su eficacia, sino para entender el proceso salud-enfermedad propios de cada cultura, al momento de educar a las madres y planificar los cuidados para el tratamiento de los niños.

Las variables estudiadas fueron:

- **Edad:** en meses o años cumplidos al momento de la entrevista. Clasificado en cuatro grupos de edades: lactantes (menores de 1 año), primera infancia (1 a 4 años), segunda infancia (5 a 9 años) y adolescencia (10 a 15 años), basándose en pautas madurativas biológicas y psicomotoras.
- **Sexo:** femenino o masculino.
- **Procedencia:** lugar donde habita el paciente al momento de la entrevista. Esta variable se divide en procedencia rural o urbana, para caracterizar a la población estudiada según su cercanía a referentes de salud y accesibilidad a las plantas.
- **Institución de salud:** especificando si corresponde a una institución pública o privada.
- **Edad materna:** en años cumplidos al momento de la encuesta. Utilizándose los intervalos: 15 a 20 años, 21 a 39 años y mayor de 40 años.
- **Escolaridad materna:** nivel educativo de la madre según grados de estudio aprobados en: analfabeta, primaria, secundaria, técnico medio o terciario y universitario.
- **Ocupación materna:** se consideró la ocupación actual de las madres: ama de casa (madres que no se desempeñaban trabajando fuera del hogar), empleada (madre se encontraba al menos 4 horas fuera de su casa en su

puesto de trabajo), estudiante (la madre no desempeña función laboral alguna, pero se encontraba vinculada a alguna enseñanza) y desempleada.

- **Tipo de ocupación:** especificando el área en el que se desempeñan las madres cuya ocupación era empleada.
- **Plantas utilizadas:** no se define una planta o grupo de plantas en específico, sino que se deja esta variable como pregunta abierta en la planilla de encuesta para que la madre exprese las plantas que hace uso.
- **Motivo de la toma:** cuál fue la motivación de la madre o adulto responsable para ejercer el uso de la planta, cual fue la fuente de información previo a la práctica (quién indicó la aplicación).
- **Lugar de ingestión de la planta:** agrupa el uso de la planta en la casa (cuando la ingesta se produjo dentro de la casa) y fuera de la casa (cuando la ingesta se produjo en algún lugar que no corresponde al hogar del niño).
- **Momento del día de ingestión de la planta:** mañana, tarde, noche, todo el día.
- **Día de la semana de la ingestión:** se escogió dividir en durante la semana (lunes a viernes), fin de semana (sábado y domingo) y toda la semana.
- **Síntomas posteriores a la ingesta:** manifestaciones que presentó el niño posterior a la ingesta y que motivó o no la consulta médica, relatado por las madres o acompañantes del niño en el momento de la encuesta.
- **Estadía hospitalaria:** se tomo como parámetro 3 grupos desde el ingreso a un servicio de salud hasta su egreso en: transitoria (hasta 12 horas), intermedia (1 a 3 días) y prolongada (más de 3 días), según referencia de los responsables adultos entrevistados.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los datos se tabularon para su presentación (ver anexo 2). Para facilitar su comprensión y análisis se confeccionaron tablas y gráficos. Se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, promedios, porcentajes) e inferenciales (prueba Chi cuadrado).

Resultados

Edad

Tabla 1: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad de la población estudiada.

Edad del paciente		
	<i>f</i>	%
< 1 año	33	10,3%
1 a 4 años	69	21,6%
5 a 9 años	102	31,9%
10 a 15 años	116	36,3%
Total	320	

Del total de la población estudiada (n=320), el 36,3% corresponde a adolescentes (10 a 15 años); el 31,9% a segunda infancia (niños de 5 a 9 años); el 21,6% a primera infancia (1 a 4 años) y el 10,3% a lactantes (menores de 1 año).

Sexo

Tabla 2: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del sexo de la población estudiada.

Sexo del paciente		
	<i>f</i>	%
femenino	175	54,7%
masculino	145	45,3%
Total	320	

El 54,7% corresponde al sexo femenino y el 45,3% al sexo masculino.

Procedencia

Tabla 3: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la procedencia de la población estudiada.

Procedencia		
	<i>f</i>	%
urbana	290	90,6%
rural	30	9,4%
Total	320	

El 90,6% corresponde a población urbana y el 9,4% a población rural.

Institución

Tabla 4: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de institución de salud al que asiste la población estudiada.

Institución		
	<i>f</i>	%
pública	194	60,6%
privada	126	39,4%
Total	320	

El 60,6% corresponde al subsector de salud público y el 39,4% al subsector privado.

Edad materna

Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad materna en la población estudiada.

Edad materna		
	<i>f</i>	%
15 a 20 años	16	5,0%
21 a 39 años	205	64,1%
> 40 años	99	30,9%
Total	320	

El 64,1% corresponde a una edad materna comprendida entre los 21 y los 39 años; el 30,9% a una edad materna de 40 años o más y el 5% a una edad materna de 15 a 20 años.

Escolaridad materna

Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la escolaridad materna en la población estudiada.

Escolaridad materna		
	<i>f</i>	%
analfabeta	8	2,5%
primaria	89	27,8%
secundaria	141	44,1%
terciaria	38	11,9%
universitaria	44	13,8%
Total	320	

El 44,1% corresponde a escolaridad secundaria; el 27,8% primaria; el 13,8% universitaria; el 11,9% terciaria y el 2,5% es analfabeta.

Ocupación materna

Tabla 7: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la ocupación materna en la población estudiada.

Ocupación materna		
	<i>f</i>	%
empleada	151	47,2%
ama de casa	143	44,7%
estudiante	24	7,5%
desocupada	2	0,6%
Total	320	

El 47,2% de las madres son empleadas; el 44,7% amas de casa; el 7,5% estudiantes y el 0,6% desempleadas.

Tabla 8: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de ocupación materna en la población estudiada.

Tipo de ocupación materna		
	<i>f</i>	<i>%</i>
empleada de comercio	44	29,1%
docente o personal de instituto educativo	28	18,5%
profesiones no relacionadas al área salud	18	11,9%
personal administrativo	17	11,3%
empleada doméstica o personal de limpieza	15	9,9%
profesional de la salud	14	9,3%
empleada gastronómica y/ o afines	7	4,6%
trabajadora independiente	4	2,6%
empleada de servicios públicos	4	2,6%
Total	151	

Del total de madres que refieren ser empleadas (n=151), el 29,1% es empleada de comercio; el 18,5% docente o personal de instituto educativo; el 11,9% profesional (no relacionado al área salud); el 11,3% personal administrativo; el 9,9% empleada doméstica o personal de limpieza; el 9,3% profesional de la salud; el 4,6% empleada gastronómica y/o afines; el 2,6% trabajadora independiente y el 2,6% empleada de servicios públicos.

Uso de plantas

Tabla 9: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del uso de plantas en la población estudiada.

Uso de plantas		
	<i>f</i>	<i>%</i>
sí	250	78,1%
no	70	21,9%
Total	320	

El 78,1% refiere el uso de plantas y el 21,9% refiere no haber utilizado ninguna planta.

Tabla 10: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de planta usado en la población estudiada.

Planta		
	<i>f</i>	%
manzanilla	46	18,3%
Té mate	42	16,7%
Té negro	37	14,7%
tilo	30	12,0%
boldo	20	8,0%
ruda	12	4,8%
limón	11	4,4%
menta	7	2,8%
canela	7	2,8%
eucaliptus	7	2,8%
orégano	7	2,8%
sen	6	2,4%
cedrón	5	2,0%
romero	5	2,0%
Té verde	4	1,6%
paico	3	1,2%
Té de lechuga	1	0,4%
palta	1	0,4%

El 18,3% refiere el uso de manzanilla; el 16,7% de té mate; el 14,7% de té negro; el 12% de tilo; el 8% de boldo; el 4,8% de ruda; el 4,4% de limón; el 2,8% de menta; el 2,8% de canela; el 2,8% de eucaliptus; el 2,8% de orégano; el 2,4% de sen; el 2% de cedrón; el 2% de romero; el 1,6% de té verde; el 1,2% de paico; el 0,4% de té de lechuga y el 0,4% de palta.

Motivo del uso de plantas

Tabla 11: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del motivo del uso de plantas en la población estudiada.

Motivo de uso		
	<i>f</i>	%
antiespasmódico	63	25,2%
alimentación	57	22,8%
ansiolítico	27	10,8%
digestivo	22	8,8%
antiinflamatorio	16	6,4%
antigripal	12	4,8%
antiparasitario	11	4,4%
expectorante	10	4,0%
dismenorrea	8	3,2%
antitérmico	7	2,8%
laxante	6	2,4%
antidiarreico	3	1,2%
cefaleas	3	1,2%
infección urinaria	2	0,8%
hidratación	1	0,4%
antitusivo	1	0,4%
lipolítico	1	0,4%
Total	250	

El 25,2% refiere el uso de plantas como antiespasmódico; el 22,8% por alimentación; el 10,8% como ansiolítico; el 8,8% como digestivo; el 6,4% como antiinflamatorio; el 4,8% como antigripal; el 4,4% como antiparasitario; el 4% como expectorante; el 3,2% para la dismenorrea; el 2,8% como antitérmico; el 2,4% como laxante; el 1,2% como antidiarreico; el 1,2% para las cefaleas; el 0,8% para las infecciones urinarias; el 0,4% para hidratación; el 0,4% como antitusivo y el 0,4% como lipolítico.

Tabla 12: distribución de las frecuencias relativas del tipo de plantas y el motivo del uso en la población estudiada.

Plantas y sus usos	
manzanilla	84,8% antiespasmódico; 8,7% antiinflamatorio; 4,3% infección urinaria y 2,2% cefaleas
Té mate	100% alimentación
Té negro	40,5% alimentación; 29,7% antiinflamatorio; 18,9% antitérmico; 5,4% antiespasmódico; 2,7% antigripal y 2,7% hidratación
tilo	86,7% ansiolítico; 10% antiespasmódico y 3,3% antiinflamatorio
boldo	95% digestivo y 5% antiespasmódico
ruda	91,7% antidiarreico y 8,3% antiespasmódico
limón	100% antigripal
menta	57,1% antiespasmódico y 42,9% digestivo
canela	71,4% dismenorrea; 14,3% expectorante y 14,3% antidiarreico
eucaliptus	100% expectorante
orégano	28,6% antiespasmódico; 28,6% expectorante; 28,6% dismenorrea y 14,3% antitusivo
sen	100% laxante
cedrón	80% antiespasmódico y 20% antidiarreico
romero	80% antiespasmódico y 20% dismenorrea
Té verde	50% cefaleas; 25% lipolítico y 25% antiinflamatorio
paico	100% antiespasmódico
Té de lechuga	100% ansiolítico
palta	100% antidiarreico

Del total de la población que usó manzanilla (n=46), el 84,8% refiere haberla usado como antiespasmódico; el 8,7% como antiinflamatorio; el 4,3% para infecciones urinarias y el 2,2% para cefaleas.

El 100% de la población que usó té mate (n=42) refiere haberlo usado como alimentación.

Del total de la población que usó té negro (n=37), el 40,5% refiere haberlo usado como alimentación; el 29,7% como antiinflamatorio; el 18,9% como antitérmico; el 5,4% como antiespasmódico; el 2,7% como antigripal y el 2,7% para hidratación.

Del total de la población que usó tilo (n=30), el 86,7% refiere haberlo usado como ansiolítico; el 10% como antiespasmódico y el 3,3% como antiinflamatorio.

Del total de la población que usó boldo (n=20), el 95% refiere haberlo usado como digestivo y el 5% como antiespasmódico.

Del total de la población que usó ruda (n=12), el 91,7% refiere haberla usado como antidiarreico y el 8,3% como antiespasmódico.

El 100% de la población que usó limón (n=11) refiere haberlo usado como antigripal.

Del total de la población que usó menta (n=7), el 57,1% refiere haberla usado como antiespasmódico y el 42,9% como digestivo.

Del total de la población que usó canela (n=7), el 71,4% refiere haberla usado para la dismenorrea; el 14,3% como expectorante y el 14,3% como antidiarreico.

El 100% de la población que usó eucaliptus (n=7) refiere haberlo usado como expectorante.

Del total de la población que usó orégano (n=7), el 28,6% refiere haberlo usado como antiespasmódico; el 28,6% como expectorante; el 28,6% para la dismenorrea y el 14,3% como antitusivo.

El 100% de la población que usó sen (n=6) refiere haberlo usado como laxante.

Del total de la población que usó cedrón (n=5), el 80% refiere haberlo usado como antiespasmódico y el 20% como antidiarreico.

Del total de la población que usó romero (n=5), el 80% refiere haberlo usado como antiespasmódico y el 20% para la dismenorrea.

Del total de la población que usó té verde (n=4), el 50% refiere haberlo usado para cefaleas; el 25% como lipolítico y el 25% como antiinflamatorio.

El 100% de la población que usó paico (n=3) refiere haberlo usado como antiespasmódico.

El 100% de la población que usó té de lechuga (n=1) refiere haberlo usado como ansiolítico.

El 100% de la población que usó palta (n=1) refiere haberla usado como antidiarreico.

Lugar de la ingesta

Tabla 13: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del lugar de la ingesta de plantas en la población estudiada.

Lugar de la ingesta		
	<i>f</i>	<i>%</i>
en la casa	220	88,0%
fuera de la casa	30	12,0%
Total	250	

El 88% refiere que el niño realizó la ingesta en la casa y el 12% fuera de la casa.

Momento del día de la ingesta

Tabla 14: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del momento del día de la ingesta de plantas en la población estudiada.

Momento del día de la ingesta		
	<i>f</i>	<i>%</i>
mañana	16	6,4%
tarde	81	32,4%
noche	147	58,8%
tarde y noche	3	1,2%
todo el día	3	1,2%
Total	250	

El 58,8% refiere haber realizado la ingesta por la noche; el 32,4% por la tarde; el 6,4% por la mañana; el 1,2% por la tarde y la noche y el 1,2% todo el día.

Día de la semana de la ingesta

Tabla 15: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del día de la semana de la ingesta de plantas en la población estudiada.

Día de la semana de la ingesta		
	<i>f</i>	%
durante la semana	129	51,6%
fin de semana	112	44,8%
toda la semana	9	3,6%
Total	250	

El 51,6% refiere haber realizado la ingesta durante la semana; el 44,8% durante el fin de semana y el 3,6% durante toda la semana.

Clínica postingesta

Tabla 16: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la clínica post ingesta en la población estudiada.

Clínica post ingesta		
	<i>f</i>	%
ningún signo o síntoma	240	96,0%
somnolencia	5	2,0%
diarrea	2	0,8%
flaccidez muscular	2	0,8%
cólicos	1	0,4%
náuseas	1	0,4%
cansancio	1	0,4%
vómitos	1	0,4%

Del total de la población que refiere la ingesta de plantas (n=250), el 96% no tuvo ningún signo o síntoma; el 2% refiere somnolencia; el 0,8% diarrea; el 0,8% flaccidez muscular; el 0,4% cólicos; el 0,4% náuseas; el 0,4% cansancio y el 0,4% vómitos.

Tabla 17: clínica post ingesta según tipo de planta en la población estudiada.

Plantas y clínica postingesta	
manzanilla	somnolencia y flaccidez muscular
tilo	somnolencia
ruda	diarrea, náuseas y vómitos
canela	cólicos
paico	somnolencia
Té de lechuga	somnolencia, flaccidez muscular y cansancio

Internación

Tabla 18: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la necesidad de internación en la población estudiada.

Internación		
	<i>f</i>	%
sí	8	3,2%
no	242	96,8%
Total	250	

El 96,8% de los niños que realizaron ingesta de plantas no necesitó internación y el 3,2% requirió ser internado. El 100% de las internaciones fueron transitorias (hasta 12 horas).

Edad del paciente y uso de plantas

Tabla 19: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del uso de plantas en relación a la edad en la población estudiada.

Edad del paciente y uso de plantas					
	Refiere uso de plantas		No refiere uso de plantas		Total
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
< 1 año	6	18,2%	27	81,8%	33
1 a 4 años	53	76,8%	16	23,2%	69
5 a 9 años	90	88,2%	12	11,8%	102
10 a 15 años	101	87,1%	15	12,9%	116

Del total de pacientes menores de 1 año (n=33), el 81,8% no refiere uso de plantas y el 18,2% refiere su uso.

Del total de pacientes de 1 a 4 años (n=69), el 76,8% refiere el uso de plantas y el 23,2% refiere no haberlas usado.

Del total de pacientes de 5 a 9 años (n=102), el 88,2% refiere el uso de plantas y el 11,8% refiere no haberlas usado.

Del total de pacientes de 10 a 15 años (n=116), el 87,1% refiere el uso de plantas y el 12,9% refiere no haberlas usado.

La relación entre edad del paciente (menor o mayor de 1 año) y el uso de plantas es altamente significativa ($p=0,001$). Es decir, que aquellos pacientes de más de 1 año tienen mayores probabilidades del uso de plantas que aquellos pacientes menores de 1 año.

Procedencia y uso de plantas

Tabla 20: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del uso de plantas en relación a la procedencia de la población estudiada.

Procedencia y uso de plantas				
	rural		urbana	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Refiere uso de plantas	24	80,0%	226	77,9%
No refiere uso de plantas	6	20,0%	64	22,1%
Total	30		290	

Del total de la población procedente del área rural (n=30), el 80% refiere el uso de plantas y el 20% refiere no haberlas usado.

Del total de la población procedente del área urbana (n=290), el 77,9% refiere el uso de plantas y el 22,1% refiere no haberlas usado.

Institución y uso de plantas

Tabla 21: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del uso de plantas en relación a la institución de salud a la que concurre la población estudiada.

Institución y uso de plantas				
	Institución pública		Institución privada	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Refiere uso de plantas	155	79,9%	95	75,4%
No refiere uso de plantas	39	20,1%	31	24,6%
Total	194		126	

Del total de la población que concurre a una institución pública (n=194), el 79,9% refiere el uso de plantas y el 20,1% refiere no haberlas usado.

Del total de la población que concurre a una institución privada (n=126), el 75,4% refiere el uso de plantas y el 24,6% refiere no haberlas usado.

Edad materna y uso de plantas

Tabla 22: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del uso de plantas en relación a la edad materna de la población estudiada.

Edad materna y uso de plantas					
	Refiere uso de plantas		No refiere uso de plantas		Total
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
15 a 20 años	11	68,8%	5	31,3%	16
21 a 39 años	152	74,1%	53	25,9%	205
> 40 años	87	87,9%	12	12,1%	99

Del total de la población cuya edad materna corresponde al intervalo de 15 a 20 años (n=16), el 68,8% refiere el uso de plantas y el 31,3% refiere no haberlas usado.

Del total de la población cuya edad materna corresponde al intervalo de 21 a 39 años (n=205), el 74,1% refiere el uso de plantas y el 25,9% refiere no haberlas usado.

Del total de la población cuya edad materna corresponde al intervalo de 40 años o más (n=99), el 87,9% refiere el uso de plantas y el 12,1% refiere no haberlas usado.

Escolaridad materna y uso de plantas

Tabla 23: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del uso de plantas en relación a la escolaridad materna de la población estudiada.

Escolaridad materna y uso de plantas					
	Refiere uso de plantas		No refiere uso de plantas		Total
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
analfabeta	7	87,5%	1	12,5%	8
primaria	74	83,1%	15	16,9%	89
secundaria	110	78,0%	31	22,0%	141
terciaria	29	76,3%	9	23,7%	38
universitaria	30	68,2%	14	31,8%	44

Del total de madres analfabetas (n=8), el 87,5% refiere el uso de plantas y el 12,5% refiere no haberlas usado.

Del total de madres con escolaridad primaria (n=89), el 83,1% refiere el uso de plantas y el 16,9% refiere no haberlas usado.

Del total de madres con escolaridad secundaria (n=141), el 78% refiere el uso de plantas y el 22% refiere no haberlas usado.

Del total de madres con escolaridad terciaria (n=38), el 76,3% refiere el uso de plantas y el 23,7% refiere no haberlas usado.

Del total de madres con educación universitaria (n=44), el 68,2% refiere el uso de plantas y el 31,8% refiere no haberlas usado.

Ocupación materna y uso de plantas

Tabla 24: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del uso de plantas en relación a la ocupación materna de la población estudiada.

Ocupación materna y uso de plantas					
	Refiere uso de plantas		No refiere uso de plantas		Total
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
ama de casa	112	78,3%	31	21,7%	143
empleada	118	78,1%	33	21,9%	151
estudiante	18	75,0%	6	25,0%	24
desempleada	2	100,0%	0	0,0%	2

Del total de madres amas de casa (n=143), el 78,3% refiere el uso de plantas y el 21,7% refiere no haberlas usado.

Del total de madres empleadas (n=151), el 78,1% refiere el uso de plantas y el 21,9% refiere no haberlas usado.

Del total de madres estudiantes (n=24), el 75% refiere el uso de plantas y el 25% refiere no haberlas usado.

La totalidad (100%) de las madres desocupadas (n=2) refiere el uso de plantas.

Discusión

En este trabajo se estudió un total poblacional de 320 pacientes, donde se evidenció un predominio de adolescentes (36,3%), siendo su mayoría del sexo femenino (54,7%), correspondiendo mayormente al subsector público (60,6%).

De acuerdo a la procedencia de los pacientes en estudio, en su mayoría corresponde a la zona urbana (90,6%). Este valor coincide con el estudio descriptivo y cuantitativo realizado por Inchauspe MA ⁴ “Conocimiento del origen popular que poseen en la práctica las madres que concurren al Hospital Santa Rosa de Chajarí para el tratamiento de la diarrea infantil”, realizado por medio de entrevistas anónimas a 46 madres que recibieran atención médica para sus hijos en el Hospital Santa Rosa de Chajarí y centros de salud de la zona, durante un período de tres meses, para evaluar las práctica en el hogar (medidas dietéticas, prácticas de curanderismo, medicamentos caseros) antes de consultar en un centro de salud, donde se encontró una representación de 70 % para la población urbana.

Respecto a la edad materna hubo un predominio (64,1%) del rango de 21 a 39 años.

La escolaridad materna más representativa fue la secundaria (44,1%). En el trabajo “Intoxicaciones por plantas en menores de 15 años Hospital Materno Infantil Fernando Velez Paiz, enero de 2002 a diciembre de 2003” ¹³, por medio de un estudio descriptivo transversal, se evaluó 592 casos de niños intoxicados o con antecedentes y sintomatología sugestiva de intoxicación, se encontró 178 casos de intoxicación por plantas y se observó que en el 44,8% las madres tenían escolaridad primaria y en el 25,2% escolaridad secundaria.

En cuanto a la ocupación materna se observó que el 47,2 % de las madres eran empleadas, correspondiendo el 29,1 % a empleadas de comercio. Lopez WEA et al en su trabajo “Intoxicación infantil: su comportamiento en el primer semestre de 2004 Hospital Infantil Norte de Santiago de Cuba” ¹⁴ evaluó mediante un estudio descriptivo transversal y retrospectivo realizado en un periodo de 6 meses, un total de 60 pacientes intoxicados siendo de éstos 42 casos por plantas, y encontró un predominio de madres ama de casa (73,8 %).

El 78,1% de los encuestados refirió el uso de plantas. Comparando con el estudio de Pires MTC et al “Toxicidade de plantas medicinais na terapéutica infantil” ¹⁵, realizado por medio de encuestas en el Hospital Universitario Lauro Wanderley a 180 madres se encontró que el 96,7% de la población entrevistada utilizaba plantas medicinales.

De las plantas estudiadas las más frecuentemente usadas fueron: Manzanilla (18,3%), Te Mate (16,7%), Te Negro (14,7%) y Tilo (12%). Además las plantas fueron usadas con mayor frecuencia como antiespasmódico (25,2%), para alimentación (22,8%) y como ansiolítico (10,8%). En el estudio de Ragone M et al, “Un programa de consejos al paciente en la dispensación de plantas medicinales”⁵ realizado en el periodo de 6 meses y en base a 6680 encuestas, la Manzanilla ocupa el segundo lugar y el Tilo el cuarto lugar en la orden de frecuencia de consumo de estas plantas. Según Estada, M.A. ¹³ las plantas y su frecuencia de uso también varían debido a las diferencias culturales y flora autóctona de cada región.

Se observó que la ingesta es más frecuente en la casa (88 %), por la noche (58,8%) y durante la semana (51,6%). En contraste, Lopez WEA et al ¹⁴ observaron el uso de plantas medicinales en el 54,7 % de los casos fuera de la casa, durante el fin de semana (52,4 %) y a la tarde (71,5 %).

De la población que hizo uso de plantas medicinales (n=250) el 94,8 % no refirió ningún signo o síntoma. Para Lopez, WEA et al ¹⁴ el 31 % de los entrevistados se intoxicaron.

Respecto de los pacientes que presentaron clínica postingesta (5,2%), se encontró con mayor frecuencia somnolencia (0,8%). En los trabajos de Estrada MA ¹³ y Lopez WEA et al ¹⁴ se observaron mayor prevalencia de síntomas digestivos.

Respecto a las internaciones, se encontró que el 3,2 % de los niños necesitaron atención medica y en su totalidad fueron por período transitorio. Estos datos coinciden con el estudio de Lopes WEA et.al ¹⁴ donde el 64 % de los casos necesitaron una internación transitoria.

La relación entre pacientes de más de 1 año de edad y el uso de plantas es altamente significativa (p=0, 001), es decir que tienen mayores probabilidades del uso de plantas que los menores de un año. Comparado con el trabajo de Estrada MA ¹³ también se observa mayor uso e intoxicación en menores de 5 años, los autores de dicho trabajo lo relacionan a la dependencia de los niños hacia los adultos y a que los niños menores padecen con más frecuencia cuadros enterales asociados a la cultura de tratarlos como “empacho” con plantas, lo que complica aún más el cuadro clínico.

Se encontró que la población del área urbana en el 77,9 % refiere uso de plantas. Esto coincide con el trabajo de Lopez WEA et al ¹⁴ donde este hallazgo también fue encontrado.

En el presente estudio la mayoría de la población que concurre a instituciones públicas (n=194) refiere el uso de plantas.

El uso de plantas medicinales aumenta directamente a mayor edad materna. La investigación de Inchauspe MA ⁴ encuentra que del total poblacional, el 66% de

las madres encuestadas tenían edades entre 21 y 35 años, y que de éstas el 98 % refiere hacer uso de plantas, pero que en el 78 % de los casos no informan al equipo de salud sobre el uso de plantas medicinales.

En este estudio se observa que del total de madres con escolaridad secundaria (n=141), el 78% refiere uso de plantas. Estrada MA ¹³ hace referencia del predominio de madres con estudios primarios y secundarios y en menor porcentaje las madres analfabetas, técnicos medios y universitarios lo que coincide con los resultados encontrados.

Del total de madres empleadas, el 78,1% refiere administrar plantas a los niños. Estos valores no coinciden con el trabajo de Lopez WEA et al ¹⁴ donde el predominio de la relación ocupacional de la madre y el uso de plantas prevaleció para madres ama de casa.

Conclusión

- El grupo etario sobre el que más se utiliza plantas medicinales es el comprendido entre los 5 y 9 años (n=90) en un 88,2% de los casos.
- La población del área rural (n=30) refiere uso de plantas en un 80% de los casos, y en la población urbana (n=290) se observa el 77,9% de uso.
- Los encuestados correspondientes al subsector de salud público (n=194) refieren en su mayoría (79,9%) uso de plantas. El subsector privado (n=126) refiere uso de plantas en un 75,4% de los casos.
- La utilización de plantas medicinales se presentó con mayor frecuencia en madres de 40 años o más (n=99) con una representación de 87,9% respecto al uso de plantas.
- Un gran porcentaje de madres analfabetas (87,5%) refiere administrar plantas de la medicina folclórica a sus hijos.
- Existe una alta prevalencia de administración de plantas a los niños por las madres amas de casa (n=112) en 78,3% de los casos así como de las madres desempleadas (n=2) quienes en 100% de los casos administra plantas medicinales a los niños.
- De las plantas utilizadas, es más frecuente el uso de manzanilla (n=46) como antiespasmódico en un 84,8% de los casos.
- Es baja la prevalencia de efectos adversos.

- Un 3,2% de los niños que utilizaron plantas medicinales requirieron internación transitoria.

Se sugiere que cada servicio de salud tenga disponible métodos para identificación de las plantas de cada región así como guías con sus principales principios activos y de indicaciones iniciales de tratamiento.

El personal de la salud debería informar a los padres y población en general sobre los riesgos que implican la administración de “medicina casera” a los niños, en especial a los lactantes y niños pequeños.

Y sin lugar a dudas, los profesionales de la salud deberían estar capacitados y abiertos para transmitir estos conocimientos a sus pacientes para así promover la salud respetando las prácticas de cada grupo en particular.

Bibliografía

1. Kreig M. Medicina Verde: la búsqueda de las plantas que curan. 2° Edición. México: Compañía Editorial Universal. 1970. 9
2. Rodríguez PM. Estudio Fotoquímica de especies de la familia celastraceae (Flora Panameña): Maytenus blepharades y crossopetalum lobutum [tesis]. España: Universidad de la Laguna. 2000.
3. Canales AC, Klinar S. Fitoica. Revista científica del Laboratorio de Productos Naturales. 2006. 1(3). 2-21.
4. Inchauspe MA. Conocimientos de origen popular que poseen y ponen en práctica las madres que concurren al Hospital Santa Rosa de Chajarí para el tratamiento de la diarrea infantil [tesis]. Chajarí: Universidad Nacional de Entre Ríos. 2003.
5. Ragone M, Tambissi AC, Sella M, Aimar D, Paura AC, Consolini AE. Un programa de consejos al paciente en la dispensación de plantas medicinales [tesis]. La Plata: Uiversidad Nacional de La Plata. 2006.
6. Ponce de León CSA, Terán MEP, Correa NL. Prácticas medicinales caseras con principios activos de vegetales [tesis]. Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán. 2005.
7. Kessler R, Davis R, Foster D, Van Rompay M, Walters E, Wilkey S, et al. Long-term trends in the use of complementary and alternative therapies in the United States. Ann Intern Med. 2001. 135:262-268.

8. De Smet PAGM. Herbal Medicine in Europe. Relaxing regulatory standards. *New England Journal Medicine*. 2005. 352:1.176-1.178.
9. Spiegelblat L, Laine-Ammara G, Pless IB, Guyver A. The use of alternative medicine by children. *Pediatrics*. 1994. 94:811-814.
10. Trizgakis L, Tennankore D, Vohra S, Katzman DK. The use of herbal remedies by adolescents with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2004. 35:223-228.
11. Antúnez de Mayolo S. La nutrición en el antiguo Perú. 3° Edición. Juan Gútemberg editores impresores. Lima. 1997.
12. Wafa YA, Fernández AB, Fabuel AT, Ramos MA, Clemente JI. Hepatitis aguda inducida por *Camellia sinensis* (té verde). *Anales de Medicina Interna*. 2005. 22(6). 298.
13. Estrada MA. Intoxicaciones por plantas en menores de 15 años, "Hospital Materno Infantil Fernando Velez Paiz", enero de 2002 a diciembre de 2003 [tesis]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2003.
14. Lopez WEA, Aparicio MA, Brizuela YG, Benitez GC. Intoxicación por plantas: su comportamiento en el primer semestre de 2004 Hospital Infantil Norte [tesis]. Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas. 2004.
15. Pires MTC, Freire AC, Medeiros JG. Toxicidade de plantas medicinais na terapeutica infantil. *Revista Brasileira de Ciencias de Saúde*. 1997. 1(1/3). 45-52.
16. Godman, Gillman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 10° Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México. 2003.

17. Katzung BG. Farmacología básica y clínica. 5° Edición. El manual moderno. 121-130. México DF. 1994
18. Curci OH & col. Toxicología. 2° Edición. López Libreros. Buenos Aires. 1994.
19. Henry JA, Wiseman HM. Tratamiento de las intoxicaciones: manual para agentes de atención primaria. Organización Panamericana de la Salud. Ginebra. 1998.
20. Schvartsman S. Intoxicações agudas. 4° Edición. Sarvier. Sao Paulo. 1991.
21. Carmona La Rosa G. Valencia Manual de Toxicología Pediátrica. 2° Edición. ALFA Impresores, CA. Venezuela. 1993.
22. Bruch IE, Higa J, Lazcano R. Clínica toxicológica. Akadia. Argentina. 1993.
23. Dreisbach HR, Robertson OW. Manual de Intoxicaciones: prevención, diagnóstico y tratamiento. 12° Edición. Editorial El Manual Moderno. Los Altos, California. 1987.
24. Mateu SJ. Toxicología Médica. Editorial Doyma-Mosby. Barcelona. 1994
25. Mateu SJ. El niño intoxicado. Editorial Mc. Barcelona. 1995.
26. Cordoba PD & col. Toxicología. 3° Edición. Editorial L Vieco e Hijos. Colombia. 1994.
27. Piola JC. Intoxicaciones no intencionales en el hogar. En: Curso Internacional de Emergencias Toxicológicas. 4-7 Julio. Lima, Perú. 2007. Disponible desde: http://www.bsde.ops-oms.org/bvstox/e/cursos/peru_julio07/03_Piola.pdf
28. Cebrián JG, Diaz R, Rosety A, Coma MJ, Bello DG. Principio de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Edición Electronica [tratado en línea]. Disponible en: <http://tratado.uninet.edu/c1011i.html>

29. Hajar M, Blanco J, Carrillo C, Rascón A. Mortalidad por envenenamiento en niños. *Revista Cubana Plant Med.* 2003. 8(3).
30. Segovia MJ, Villares JM. Uso de preparados a base de especies vegetales medicinales en niños. *Acta Pediatría España.* 2006. 64.117-122
31. Hospital Pediátrico Provincial Docente Eduardo Agramonte Piña. Caracterización clínica epidemiológica de las intoxicaciones agudas en pediatría. *Archivo Médico de Camagüey.* 2007. 11(5).

Anexos

Anexo 1: Encuesta

Ficha de Recolección de Datos Uso de plantas(Medicina Folclórica) en pediatría

Ficha n°:

Edad del paciente: <1 año
 1-4 años
 5-9 años
 10-15 años

Sexo del paciente: Femenino Masculino

Procedencia: Rural Urbana

Institución: Privado Público

Edad materna: 15-20 años
 21-39 años
 >40 años

Escolaridad Materna: Analfabeta
 Primaria
 Secundaria
 Técnico Medio
 Universitario

Ocupación de la madre:

Nombre de la planta:

Motivo de la utilización de la planta (quien indicó el uso de esta planta y porque no busco un médico):

Lugar de ingestión de la planta: En de la casa
 Fuera de la casa

Hora de la ingestión: mañana tarde noche

Día de la semana de la ingestión: Durante la semana
 Fin de semana

Cuadro Clínico posterior a la ingestión:

Estadía hospitalaria: Transitoria (hasta 12 horas)
 Intermedio (1 a 3 días)
 Prolongado (más de 3 días)

Anexo 2: Tabulación de los datos

	Edad del paciente	Sexo	Procedencia	Institución	Edad materna	Escolaridad materna	Ocupación materna	Tipo de Ocupación	Planta	Motivo de uso	Lugar de la ingesta	Hora de la ingesta	Día de la semana de la ingesta	Clínica post ingesta	Estadía hospitalaria
1	a	F	U	HP	b	c	a		N						
2	a	M	U	HP	a	c	a		N						
3	a	F	U	HP	b	c	d		d	n	A	T	S	N	
4	a	F	U	HP	b	b	a		N						
5	a	F	U	P	b	c	b	c	N						
6	a	M	R	P	b	c	a		i	a	A	N	S	N	
7	a	F	U	P	b	d	b	f	N						
8	a	F	R	P	b	e	b	k	N						
9	a	M	R	HP	b	b	a		N						
10	a	F	R	HP	b	e	b	d	N						
11	a	F	U	HP	b	c	b	b	N						
12	a	M	U	HP	b	c	b	d	N						
13	a	F	U	HP	a	c	c		N						
14	a	F	U	HP	a	c	c		N						
15	a	M	U	HP	b	b	c		N						
16	a	F	U	HP	a	c	c		N						
17	a	M	U	HP	a	c	c		a	a	A	N	T	N	
18	a	F	U	P	b	c	a		N						
19	a	M	U	P	b	c	c		N						
20	a	F	U	HP	b	b	a		g	a	A	N	S	N	
21	a	M	U	HP	b	b	c		g	c	A	N	S	N	
22	a	F	U	P	b	e	b	c	N						
23	a	M	U	P	a	b	c		N						
24	a	M	U	P	b	e	b	k	N						
25	a	M	U	HP	b	d	b	c	N						
26	a	M	U	HP	b	c	a		N						
27	a	M	U	P	b	d	a		N						
28	a	M	U	HP	c	b	a		N						
29	a	M	U	HP	a	b	c		g	a	B	T	S	N	
30	a	F	U	HP	b	b	b	a	N						
31	a	F	U	HP	b	b	a		N						
32	a	M	U	HP	b	c	b	b	N						
33	a	M	U	HP	b	a	a		N						
34	b	M	U	HP	b	c	a		N						
35	b	F	U	P	b	b	a		q	a	A	N	F	N	
36	b	F	U	P	b	e	b	l	g	c	A	N	F	N	
37	b	F	U	P	b	e	b	d	a	l	B	T	S	N	

38	b	M	R	P	b	d	b	d	g/a	l	A	N	S	N	
39	b	M	U	HP	b	b	a		c	b	A	T	S	N	
40	b	M	U	HP	b	b	a		d	b	A	T	S	N	
41	b	M	U	HP	b	b	a		N						
42	b	F	U	HP	b	c	a		N						
43	b	M	U	HP	b	b	a		k	g	A	T	S	vómitos	T
44	b	M	U	HP	b	a	d		g	c	A	T	S	somnolencia	
45	b	F	U	P	b	e	a		d	b	A	T	S	N	
46	b	F	U	P	b	e	b	r	d	i	A	T	S	N	
47	b	M	U	P	b	e	b	m	N						
48	b	F	U	P	b	c	b	b	d	l	B	M	S	N	
49	b	F	U	P	b	c	b	b	d	b	A	M	S	N	
50	b	M	U	P	b	b	a		a	a	A	N	F	N	
51	b	M	U	P	b	c	b	b	N						
52	b	F	U	P	b	e	b	n	N						
53	b	M	U	HP	b	c	a		e	i	A	N	S	N	
54	b	F	U	P	b	e	b	m	g	c	A	N	F	N	
55	b	F	U	P	a	c	a		f	d	A	T	S	N	
56	b	F	U	P	a	c	a		m	e	A	N	F	N	
57	b	F	U	P	b	d	b	f	g	c	A	T	T	N	
58	b	F	R	P	b	c	a		N						
59	b	F	R	HP	a	b	a		g	c	A	M,T,N	T	N	
60	b	M	R	HP	b	d	b	b	N						
61	b	F	U	P	c	c	b	g	g	c	A	N	F	N	
62	b	F	U	HP	b	b	a		a	o	A	N	F	N	
63	b	M	U	HP	b	b	a		N						
64	b	F	U	HP	b	b	a		N						
65	b	M	U	HP	b	c	c		b	d	A	N	S	N	
66	b	F	U	HP	c	c	b	b	g	c	A	N	S	N	
67	b	F	R	HP	b	c	a		i	a	A	N	F	N	
68	b	M	U	HP	b	e	b	i	a	a	B	T	S	N	
69	b	F	U	HP	b	c	b	d	N						
70	b	F	U	P	b	e	b	c	N						
71	b	F	R	P	b	c	a		g	c	A	N	S	N	
72	b	F	U	HP	b	a	b	a	c	b	B	M	S	N	
73	b	F	U	HP	b	b	a		a	a	A	N	F	N	
74	b	M	U	HP	b	c	a		a	l	A	N	F	N	
75	b	M	U	HP	b	c	b	b	c	b	A	T	S	N	
76	b	F	U	HP	b	c	b	c	c	b	B	T	S	N	
77	b	F	R	HP	a	b	a		q	a	A	N	S	N	
78	b	F	U	P	b	e	b	m	g	c	A	M	S	N	
79	b	F	U	HP	a	b	c		a	a	A	N	F	N	
80	b	M	U	HP	b	b	a		k	g	A	N	S	diarrea	T
81	b	F	U	HP	b	b	a		a	a	A	N	S	N	
82	b	F	U	HP	c	d	b	b	N						
83	b	F	U	HP	b	e	b	c	g	c	B	N	S	N	
84	b	F	U	HP	a	b	c		c	b	A	T	S	N	
85	b	F	U	HP	a	b	a		k	g	A	T	F	N	
86	b	M	R	HP	b	b	a		h	e	A	N	F	N	
87	b	F	U	HP	b	b	b	a	d	l	A	N	S	N	
88	b	F	U	HP	b	b	a		N						

89	b	F	U	P	b	e	b	l	a	a	A	N	S	N	
90	b	M	U	P	b	e	b	h	g	c	A	N	F	N	
91	b	F	U	HP	b	c	b	b	k	g	A	T	F	N	
92	b	M	U	HP	b	d	b	n	h	e	B	M	S	N	
93	b	M	U	HP	b	b	a		q	a	A	T	F	somnolencia	T
94	b	M	U	HP	b	c	b	b	N						
95	b	F	U	HP	b	c	a		g	c	A	N	S	N	
96	b	F	U	HP	a	b	c		a	a	A	N	S	N	
97	b	F	R	P	b	b	a		g	a	A	N	T	N	
98	b	M	U	HP	b	b	a		k	g	A	N	F	N	
99	b	F	U	HP	b	b	a		a	a	A	N	F	N	
100	b	F	U	HP	b	b	a		k	g	A	N	F	N	
101	b	M	U	HP	b	c	a		g	c	A	N	F	N	
102	b	M	U	HP	b	b	a		N						
103	c	F	U	HP	b	c	a		N						
104	c	F	U	HP	b	b	a		a	a	A	N	F	N	
105	c	F	U	HP	b	b	a		d	a	A	T	F	N	
106	c	F	U	HP	b	c	b	a	c	b	A	T	S	N	
107	c	M	U	P	b	e	b	c	a	a	A	M	F	N	
108	c	F	U	P	b	b	b	b	r	c	A	N	F	somnolencia, flaccidez muscular, cansancio	T
109	c	M	U	P	b	e	b	c	d	b	A	T	S	N	
110	c	F	U	HP	c	c	b	e	d	b	A	T	S	N	
111	c	F	U	HP	c	c	b	a	d	b	A	T	S	N	
112	c	M	U	P	b	e	a		N						
113	c	M	U	P	b	e	b	m	N						
114	c	F	U	P	b	d	a		b	d	A	N	F	N	
115	c	M	U	P	c	e	b	k	N						
116	c	F	R	P	b	b	a		N						
117	c	M	U	P	c	c	a		g	c	A	N	F	N	
118	c	F	U	P	c	e	b	b	a	l	A	N	S	N	
119	c	F	U	P	b	e	b	m	a	a	A	N	S	N	
120	c	F	U	HP	b	e	b	j	a	a	A	N	F	N	
121	c	M	U	P	c	c	a		N						
122	c	F	U	P	b	d	b	f	g	c	A	T	T	N	
123	c	M	U	P	c	e	b	q	f	d	A	M,T,N	T	N	
124	c	M	R	HP	b	d	b	b	c	b	A	M,T,N	S	N	
125	c	M	U	HP	b	d	b	i	c	b	A	T	S	N	
126	c	F	U	HP	b	c	b	d	N						
127	c	M	U	HP	b	b	a		o	h	A	N	S	N	
128	c	M	U	HP	c	c	a		c	b	A	T	S	N	
129	c	M	U	HP	b	c	b	e	N						
130	c	F	U	HP	b	c	b	b	g	c	A	T	S	N	
131	c	F	U	HP	b	e	b	c	N						
132	c	F	U	HP	c	c	b	d	b	d	A	N	F	N	
133	c	F	U	HP	b	d	a		a	a	A	N	F	N	
134	c	F	R	HP	c	b	a		a	a	A	N	S	N	
135	c	F	U	HP	c	b	a		b	d	A	N	S	N	
136	c	M	U	HP	b	b	a		c	b	A	T	S	N	
137	c	M	U	HP	c	b	a		f	d	A	N	F	N	

138	c	F	U	HP	c	d	a		c	b	A	T	S	N	
139	c	F	U	P	c	b	a		k	g	A	M	S	Diarrea	T
140	c	M	U	HP	b	c	b	b	N						
141	c	M	U	P	b	d	a		d	l	A	N	F	N	
142	c	F	U	P	b	c	c		e	i	A	N	F	N	
143	c	M	U	P	b	c	b	g	a	a	A	N	S	N	
144	c	M	U	P	b	c	b	d	N						
145	c	F	R	P	c	b	a		d	l	A	T	S	N	
146	c	M	U	P	b	c	a		g	c	A	N	F	N	
147	c	M	U	HP	c	c	a		e	i	A	N	F	N	
148	c	M	R	P	b	c	a		g	c	A	N	S	N	
149	c	M	U	HP	b	c	b	g	f	a	A	N	F	N	
150	c	M	U	HP	c	c	a		c	b	A	T	S	N	
151	c	F	U	P	b	c	c		d	b	A	T	S	N	
152	c	F	U	P	a	b	c		a	a	A	TyN	T	N	
153	c	F	U	HP	b	c	b	e	n	e	A	N	F	N	
154	c	M	U	HP	b	c	a		e	i	A	T	F	N	
155	c	F	U	HP	b	b	a		h	p	A	N	F	N	
156	c	F	U	HP	b	c	a		m	e	A	N	F	N	
157	c	M	U	HP	b	b	b	a	i	k	A	T	F	N	
158	c	F	R	P	b	c	a		l	j	A	T	S	N	
159	c	M	U	HP	b	b	a		k	g	A	N	F	N	
160	c	F	U	HP	b	c	c		i	a	A	N	F	N	
161	c	M	U	P	c	e	b	n	a	a	A	N	F	N	
162	c	M	U	HP	c	a	a		k	a	A	N	S	N	
163	c	F	U	HP	c	c	b	b	l	a	A	N	F	N	
164	c	M	U	P	b	c	a		d	l	A	T	S	N	
165	c	M	U	P	b	c	a		b	d	A	N	F	N	
166	c	F	U	HP	c	b	b	c	e	i	A	N	F	N	
167	c	M	U	P	b	d	b	b	d	l	A	N	S	N	
168	c	F	R	HP	b	c	a		a	o	A	N	S	N	
169	c	F	U	P	b	e	b	h	a	a	B	N	F	N	
170	c	F	U	P	b	c	b	b	c	b	B	T	S	N	
171	c	M	U	P	b	d	b	c	c	b	B	T	S	N	
172	c	F	U	HP	b	b	b	a	g	c	A	N	F	somnolencia	T
173	c	F	U	HP	b	c	b	b	e	i	A	N	F	N	
174	c	M	U	HP	b	c	a		c	b	A	T	S	N	
175	c	M	U	HP	b	c	c		e	i	A	N	F	N	
176	c	M	U	HP	c	c	b	b	d	f	A	N	F	N	
177	c	F	U	HP	c	c	a		c	b	A	T	S	N	
178	c	M	U	HP	c	a	b	a	c	b	A	M	S	N	
179	c	F	U	HP	c	b	b	a	d	l	A	N	F	N	
180	c	M	U	P	b	d	b	b	o	h	A	N	F	N	
181	c	M	U	HP	b	c	b	b	c	b	B	T	S	N	
182	c	M	U	P	c	c	a		N						
183	c	M	U	HP	c	b	b	a	k	g	A	T	F	N	
184	c	F	U	HP	b	c	c		b	d	A	N	F	N	
185	c	F	U	HP	c	c	a		a	a	A	T	F	N	
186	c	F	U	HP	b	c	b	b	c	b	B	T	S	N	
187	c	F	U	HP	b	b	a		c	b	B	T	S	N	
188	c	F	U	HP	c	b	b	a	m	e	A	M	F	N	

189	c	M	U	HP	b	c	a		c	b	A	N	S	N	
190	c	M	U	HP	b	b	a		c	b	B	T	S	N	
191	c	F	U	HP	c	a	a		d	f	A	N	F	N	
192	c	M	U	HP	b	b	b	b	e	i	A	N	F	N	
193	c	M	U	HP	b	d	b	d	m	e	A	N	F	N	
194	c	F	U	HP	c	c	a		n	k	A	N	F	N	
195	c	M	R	P	b	b	a		c	b	A	T	S	N	
196	c	F	U	HP	c	b	b	a	a	a	B	M	S	N	
197	c	F	U	HP	b	b	b	a	a	a	A	N	F	N	
198	c	M	U	HP	b	c	b	b	l	a	A	N	F	N	
199	c	M	U	HP	c	b	b	b	g	c	A	N	S	N	
200	c	F	U	HP	b	c	b	b	m	e	A	N	F	N	
201	c	F	U	HP	c	a	a		h	a	A	N	F	N	
202	c	F	U	P	b	c	a		b	d	A	T	F	N	
203	c	F	U	HP	b	b	b	c	o	h	B	T	F	N	
204	c	M	U	HP	b	b	b	c	a	a	B	T	F	N	
205	d	M	U	HP	b	c	a		b	a	A	M	S	N	
206	d	F	U	HP	b	b	a		a	a	A	T	F	N	
207	d	F	U	HP	b	b	a		d	a	A	T	S	N	
208	d	M	U	HP	b	d	b	b	d	f	A	N	F	N	
209	d	F	U	P	b	e	b	c	k	g	A	T	S	N	
210	d	F	R	P	b	d	a		h	a	A	M	F	N	
211	d	F	U	P	b	e	c		a	a	A	N	F	N	
212	d	M	U	P	b	c	a		a	m	A	N	F	N	
213	d	M	U	HP	b	c	a		N						
214	d	F	U	P	b	c	b	b	d	b	A	N	S	N	
215	d	F	U	P	c	e	b	k	N						
216	d	F	R	P	c	b	a		k	g	A	N	F	náuseas	
217	d	F	U	P	c	e	b	c	a	a	A	T	F	N	
218	d	M	U	P	c	c	b	j	d	f	A	N	S	N	
219	d	M	U	P	c	c	b	j	d	b	A	T	S	N	
220	d	M	U	P	c	c	a		d	b	A	N	S	N	
221	d	F	U	P	c	c	a		a	a	A	N	F	somnolencia, flaccidez muscular	T
222	d	F	U	P	c	c	a		n	j	A	N	F	cólicos	T
223	d	M	U	P	c	c	a		b	d	A	T	S	N	
224	d	F	U	P	b	d	b	c	N						
225	d	M	U	P	b	c	b	d	b	d	A	N	S	N	
226	d	F	U	P	b	d	b	c	N						
227	d	M	U	P	b	d	b	c	N						
228	d	F	U	P	c	e	b	d	a	a	A	N	S	N	
229	d	M	U	P	c	e	b	c	c	b	A	M	S	N	
230	d	F	U	P	c	e	b	m	b	d	A	N	S	N	
231	d	M	U	P	b	c	a		a	a	B	T	F	N	
232	d	F	U	P	c	e	b	h	N						
233	d	F	U	P	b	d	b	c	c	b	A	M	S	N	
234	d	M	U	P	c	c	b	d	b	d	A	N	S	N	
235	d	M	U	HP	b	e	b	j	b	d	A	N	T	N	
236	d	M	U	P	c	c	a		N						
237	d	F	U	HP	c	c	b	d	c	b	A	T	S	N	
238	d	M	U	HP	c	d	b	b	d	b	A	TyN	T	N	
239	d	F	U	HP	c	b	a		d	b	A	N	S	N	

240	d	M	U	HP	c	b	a		c	b	A	N	S	N	
241	d	F	U	HP	b	c	a		c	b	A	TyN	S	N	
242	d	M	U	HP	b	d	b	c	d	b	A	T	S	N	
243	d	F	U	P	c	c	b	g	l	a	A	N	S	N	
244	d	F	U	HP	b	c	a		N						
245	d	F	U	HP	b	d	b	i	d	b	A	T	S	N	
246	d	M	U	HP	b	c	b	b	a	a	A	N	S	N	
247	d	F	U	HP	c	c	b	d	j	q	A	N	S	N	
248	d	F	U	HP	b	d	a		n	j	A	N	S	N	
249	d	F	R	HP	c	b	a		i	a	A	N	S	N	
250	d	M	U	HP	b	c	a		N						
251	d	M	R	HP	b	b	a		p	k	A	N	F	N	
252	d	F	U	HP	b	c	a		f	a	A	N	S	N	
253	d	M	R	HP	c	c	a		l	a	A	N	F	N	
254	d	F	U	HP	b	c	c		o	h	A	N	S	N	
255	d	F	U	HP	c	d	b	d	a	a	A	N	S	N	
256	d	M	U	HP	c	c	b	d	b	d	A	N	F	N	
257	d	F	U	P	b	c	c		j	m	A	N	S	N	
258	d	F	U	HP	b	c	a		a	a	A	N	F	N	
259	d	M	U	HP	c	b	b	b	b	d	B	T	S	N	
260	d	M	U	P	c	b	a		e	i	A	N	S	N	
261	d	M	U	HP	b	b	b	a	d	l	A	N	S	N	
262	d	M	U	P	c	e	b	p	c	b	A	T	S	N	
263	d	F	U	HP	c	a	b	a	o	h	A	N	S	N	
264	d	F	U	HP	b	d	b	d	c	b	A	N	S	N	
265	d	M	U	HP	b	c	b	b	d	l	A	N	F	N	
266	d	M	U	HP	b	b	a		c	b	A	T	S	N	
267	d	F	U	HP	c	c	a		c	b	A	T	S	N	
268	d	F	R	P	b	c	a		f	a	A	T	F	N	
269	d	M	U	HP	c	b	a		b	d	A	N	F	N	
270	d	M	U	P	c	d	b	c	c	b	A	T	F	N	
271	d	M	U	P	c	d	b	c	c	b	A	N	S	N	
272	d	M	U	P	c	d	b	c	c	b	A	N	F	N	
273	d	F	R	HP	c	b	a		h	j	A	T	S	N	
274	d	M	U	HP	b	c	b	b	d	l	A	N	F	N	
275	d	F	R	HP	b	c	a		o	h	A	T	F	N	
276	d	M	U	HP	b	c	b	b	d	f	A	N	F	N	
277	d	F	U	HP	b	c	b	b	a	a	A	N	S	N	
278	d	M	U	HP	c	d	b	b	j	l	A	N	S	N	
279	d	M	U	HP	c	c	a		m	e	B	T	F	N	
280	d	F	U	HP	c	c	b	b	n	j	B	N	F	N	
281	d	F	U	HP	c	c	b	b	m	e	A	N	F	N	
282	d	M	U	HP	c	c	b	b	a	a	B	T	F	N	
283	d	M	U	P	b	e	b	l	g	c	A	T	F	N	
284	d	F	U	P	c	c	a		c	b	A	N	S	N	
285	d	F	U	P	b	c	a		b	d	B	T	F	N	
286	d	F	U	P	c	c	a		g	c	A	M	S	N	
287	d	M	U	P	b	d	b	c	N						
288	d	F	U	HP	c	c	b	b	n	j	A	N	F	N	
289	d	F	U	HP	c	b	a		N						
290	d	M	U	HP	c	c	b	b	c	b	A	T	S	N	

291	d	F	U	HP	b	c	a		d	l	A	N	F	N	
292	d	F	U	P	b	e	b	c	d	f	A	N	F	N	
293	d	M	U	HP	c	c	a		e	i	A	N	S	N	
294	d	F	U	HP	b	c	b	b	n	j	A	N	S	N	
295	d	F	U	HP	c	b	b	e	j	m	B	T	S	N	
296	d	F	U	HP	c	b	a		b	d	A	N	F	N	
297	d	M	R	P	b	b	a		c	b	A	T	S	N	
298	d	M	U	HP	b	b	a		d	b	A	T	S	N	
299	d	F	U	HP	b	c	c		c	b	A	N	S	N	
300	d	M	U	HP	c	b	a		N						
301	d	M	U	HP	c	b	b	e	e	i	A	N	F	N	
302	d	F	U	P	b	c	a		N						
303	d	F	U	P	c	c	b	e	a	a	A	T	F	N	
304	d	M	U	P	b	c	a		g	c	B	N	F	N	
305	d	M	U	HP	c	c	a		g	c	A	T	F	N	
306	d	F	U	P	b	d	b	c	b	d	B	T	F	N	
307	d	F	U	P	c	c	a		N						
308	d	M	U	P	c	c	a		a	a	A	N	S	N	
309	d	F	U	P	c	b	c		b	d	A	N	S	N	
310	d	F	U	P	c	b	b	f	a	a	A	N	S	N	
311	d	F	U	P	c	e	b	k	c	b	A	N	F	N	
312	d	F	U	P	c	c	b	e	g	c	A	M	F	N	
313	d	M	U	P	b	c	a		c	b	B	T	F	N	
314	d	M	U	P	b	d	b	c	a	a	B	N	F	N	
315	d	F	U	P	c	e	b	h	N						
316	d	F	U	P	b	c	a		a	a	A	N	S	N	
317	d	M	U	P	b	e	b	o	c	b	B	T	F	N	
318	d	M	U	HP	c	c	a		d	f	A	N	S	N	
319	d	F	U	HP	c	b	a		h	j	A	N	F	N	
320	d	F	U	HP	b	c	a		f	a	A	N	F	N	

Referencias:

Edad del paciente: a- < 1 año; b- 1 a 4 años; c- 5 a 9 años; d- 10 a 15 años.

Procedencia: R- rural; U- urbana.

Institución: HP- pública; P- privada.

Edad materna: a- 15 a 20 años; b- 21 a 39 años; c- > 40 años.

Escolaridad materna: a- analfabeta; b- primaria; c- secundaria; d- técnico medio; e- universitaria

Ocupación materna: a- ama de casa; b- empleada; c- estudiante; d- desempleada

Tipo de ocupación materna: a- empleada doméstica o personal de limpieza; b- empleada de comercio; c- docente o personal de instituto educativo; d- personal administrativo, e- empleada gastronómica y/o afines; f- trabajadora independiente; g- empleada de servicios públicos; h- abogada; i- enfermera; j- asistente social; k- contadora; l- veterinaria; m- médica; n- odontóloga o mecánica dental; o- arquitecta; p- psicóloga; q- fonoaudióloga; r- kinesióloga.

Planta: N- ninguna; a- manzanilla; b- boldo; c- Té mate; d- Té negro; e- limón; f- menta; g- tilo; h- orégano; i- cedrón; j- Té verde; k- ruda; l- romero; m- eucaliptus; n- canela; o- sen; p- palta; q- paico; r- té de lechuga.

Motivo de uso: a- antiespasmódico; b- alimentación; c- ansiolítico; d- digestivo; e- expectorante; f- antitérmico; g- antiparasitario; h- laxante; i- antigripal; j- dismenorrea; k- antidiarreico; l- antiinflamatorio; m- cefaleas; n- hidratación; o- infección urinaria; p- antitusivo; q- lipolítico.

Lugar de la ingesta: A- en la casa; B- fuera de la casa.

Hora de la ingesta: M- mañana; T- tarde; N- noche.

Día de la ingesta: S- durante la semana; F- fin de semana; T- toda la semana.

Clinica post ingesta: N- ninguna.

Estadía hospitalaria: T- transitoria.