

AUTOMEDICACIÓN EN ADULTOS DE 11 CIUDADES DE LATINOAMÉRICA, 2015-2016: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Escobar-Salinas, Jorge Sebastián^{1,2,3,a}, Ríos-González, Carlos Miguel^{1,2,3,a}

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Caaguazú, Coronel Oviedo, Paraguay.
2. Sociedad científica de estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Caaguazú (SOCIEM UNCA), Coronel Oviedo, Paraguay.
3. Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina, (FELSOCEM)
- a. Estudiante de Medicina.

CIMEL 2017; 22(2) 19-23

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de automedicación en adultos de once ciudades de Latinoamérica desde junio de 2015 a enero de 2016. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, multicéntrico con muestreo probabilístico por conglomerados monoetápico estratificado, en adultos de 11 ciudades de Latinoamérica. Para la recolección de los datos se diseñó un cuestionario que fue validado por un estudio piloto. Los datos se expresan en medidas de tendencia central, dispersión y tablas de proporciones. **Resultados:** Fueron incluidos en el estudio 1.784 sujetos, con una mediana de edad de 30 años (P25=22 P75=43), siendo del sexo femenino 62,11% (1.108). El 50,25% (892) de los sujetos tenía un nivel académico universitario. Del total de la población estudiada, el 54,64% (971) se ha automedicado en las últimas 2 semanas, y el 62,58% (1.112) en los últimos 3 meses. El 50,30% (416) refiere que se automedica porque no dispone de tiempo para ir al médico. En un 56,15% (397) fue indicada la medicación por un familiar y el 26,87% (190) por un farmacéutico. **Conclusión:** La automedicación en la población estudiada es alta, siendo una práctica común en más de la mitad de la población, alegando que la falta de tiempo para ir a una consulta médica es la principal causa de esta práctica.

Palabras Clave: Automedicación; Autoadministración; Autocuidado; Utilización de Medicamentos. Fuente: DeCS (BIREME)

SELF-MEDICATION FOR ADULTS IN 11 CITIES IN LATIN AMERICA, 2015-2016: A MULTICENTER STUDY

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency of self-medication in adults of eleven Latin America cities from June 2015 to January 2016. **Material and Methods:** Descriptive, cross-sectional, multicenter study with probabilistic sampling by stratified single-stage clusters in adults from 11 Latin American cities. For data collection, a questionnaire was designed and validated by a pilot study. The data are expressed in measures of central tendency, dispersion and tables of proportions. **Results:** A total of 1,784 subjects were included in the study, with a median age of 30 years (P25 = 22 P75 = 43), being 62.11% (1,108) females. 50.25% (892) of the subjects had an university degree. From the total population studied, 54.64% (971) have been self-medicated the last 2 weeks, and 62.58% (1.112) the last 3 months. The 50.30% (416) report that they self-medicated because they do not have time to go to the doctor. 56.15% (397) of the people medication was indicated by a relative, and the 26.87% (190) by a pharmacist. **Conclusion:** self-medication in the studied population is high, as a common practice in more than half of the population, referring that the lack of time is the main cause for not going to a medical consultation of this practice.

Keywords: *Self-medication; Self-administration; Self-care; Use of Medications. source Mesh*

Citar como: ESCOBAR-SALINAS, Jorge Sebastián ; RÍOS-GONZÁLEZ, Carlos Miguel. Automedicación en adultos de 11 ciudades de Latinoamérica, 2015-2016: estudio multicéntrico. CIMEL 2017; 22(2) 19-23 .doi: <https://doi.org/10.23961/cimel.2017.222.706>

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Federación Farmacéutica Internacional (FIP, por sus siglas en inglés) la automedicación se define, como el uso de medicamentos, sin receta y por iniciativa propia (1). La automedicación puede considerarse como una práctica riesgosa teniendo en cuenta las consecuencias que acarrear o beneficiosa como estrategia para disminuir la alta demanda de los servicios de salud (2), dependiendo las consecuencias del tipo de medicamento y de la persona que se automedica pudiendo ser accidental, iatrogénica o intencional (3). Entre las principales razones que influyen en la persona para automedicarse se encuentran: la disponibilidad del fármaco, la no exigencia de una prescripción médica para la venta, factores económicos, disponibilidad de tiempo para la consulta médica, prejuicios, conducta ante la enfermedad de las personas, uso de internet como fuente de consulta, etc (3); a su

vez, la confianza en el farmacéutico, tiene gran influencia en esta práctica (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce y acepta la automedicación responsable para el alivio de síntomas poco graves (dolencias leves de garganta, estómago, oído, tos), siempre que no remplace la relación médico-paciente. Si bien con esto se logra aliviar temporalmente la sintomatología, en algunos casos la enfermedad no desaparece, generando un gran problema a largo plazo, ya sea por parte del gobierno o del paciente e incrementando el gasto por un problema que se pudo haber sido subsanado si se impartía el tratamiento correcto a tiempo (5,6).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, el conocimiento de la situación actual de la automedicación en la población adulta de Latinoamérica nos permitirá tener una visión panorámica y cuán grande es este problema.

Para conocer la situación es necesario medir la prevalencia de adultos que se automedican, conocer las causas de la automedicación y el nivel de conciencia que tienen acerca de automedicarse.

Con base en lo expuesto se propuso como objetivo determinar la frecuencia de automedicación en adultos de once ciudades de Latinoamérica desde junio de 2015 a enero de 2016.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, multicéntrico con muestreo probabilístico por conglomerados monoetápico estratificado de junio de 2015 a enero de 2016. Fueron incluidos 1.784 sujetos de 18 a 90 años de edad de once ciudades de Latinoamérica: Bolivia (Santa Cruz), Colombia (Tunja), Ecuador (Quito), México (Veracruz), Panamá (Ciudad de Panamá), Paraguay (Coronel Oviedo, Pedro Juan Caballero) y Venezuela (Araguá, Barquisimeto, Caracas, Táchira), fue considerado como estrato a los países y como conglomerados a las ciudades.

Como criterios de inclusión se consideró a sujetos mayores de 18 años que aceptaron participar del estudio, habiéndose explicado los objetivos del estudio y habiendo firmado el consentimiento informado, a su vez fueron excluidos sujetos con limitación intelectual que no pudieran ser autónomos en sus respuestas y fueron eliminados cuestionarios donde faltaran las variables sociodemográficas (Fig 1).

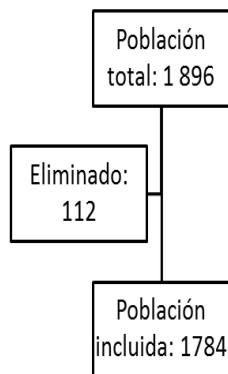


Fig1. Flujograma de selección de la muestra.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideró un tamaño poblacional infinito, proporción esperada: 48,3%, una precisión de 4% y un intervalo de confianza de 95% y 10% de tasa de no respuesta. Obteniéndose 660 sujetos como el número mínimo requerido para la muestra.

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario tipo mixto con 20 preguntas dividida en 3 secciones: la primera parte de 4 preguntas sobre la situación sociodemográfica, la

segunda parte sobre las características de la automedicación con 12 preguntas cerradas y una sección sobre la autoconciencia con 4 preguntas. El cuestionario fue validado por expertos y por medio de un estudio piloto (alfa de Cronbach de 0,712). El instrumento fue proporcionado a cada centro local de ejecución y fueron completados por los sujetos participantes de manera personal.

Los datos proporcionados por las encuestas fueron cargados en una planilla electrónica de Microsoft Office Excel 2013 estandarizada por los autores, luego del control de calidad de los datos y las variables, se exportaron para ser analizados con el programa estadístico Stata v.14.0. Los datos expresan medidas de tendencia central, dispersión y en tablas de proporciones.

En el presente estudio multicéntrico toda información que los entrevistados aportaron fue anónima y utilizada de manera confidencial, se respetaron los principios de beneficencia, autonomía y justicia.

Fue solicitada la firma de un consentimiento informado para la participación en el estudio, a los encuestadores, respetando las respuestas y opiniones de las personas entrevistadas; no se indujeron o sugirieron respuestas.

RESULTADOS

Fueron incluidos en el estudio 1784 adultos, la edad mínima fue 18 años y la máxima 90, con una mediana de edad de 30 años, de los cuales el 62,11% (1108) fueron del sexo femenino. El 50,25% (892) tuvo una formación académica universitaria, 32,68% (580) secundaria y 16,11% (286) primaria. A su vez el 76,34% (1362) pertenecía a la clase media (Tabla 1).

Tabla 1- Distribución de acuerdo a las características sociodemográfica de la población adulta de once ciudades de Latinoamérica, 2015-2016. n=1784

	n	%
Sexo		
Masculino	676	37,89
Femenino	1.108	62,11
Nivel Académico		
Primario	286	16,11
Secundario	580	32,68
Universitario	892	50,25
Ninguno	17	0,96
Situación socioeconómica		
Alta	101	5,66
Media	1362	76,34
Baja	321	17,99

Del total de la población incluida en el estudio, el 54,64% (971) se ha automedicado en las 2 últimas semanas y el

62,58% (1.112) se ha automedicado en los últimos 3 meses. El 67,9% afirma haberse automedicado alguna vez. De acuerdo a la distribución por ciudad, las ciudades con mayor prevalencia de automedicación fueron: Pedro Juan Caballero (88,95%), Tunja (87,7%), Quito (86,4%) y Veracruz (84,8%) (Tabla 2).

Tabla 2- Distribución de automedicación según ciudades de Latinoamérica, 2015-2016. n=1784

Ciudad - País	n	%
Pedro Juan Caballero - Paraguay	153	88,95
Tunja - Colombia	157	87,7
Quito - Ecuador	147	86,47
Veracruz - México	146	84,88
Barquisimeto - Venezuela	143	79,88
Caracas - Venezuela	133	77,33
Cnel. Oviedo - Paraguay.	131	73,18
Táchira - Venezuela	100	69,93
Ciudad de Panamá - Panamá	122	67,78
Santa Cruz - Bolivia	101	56,42
Araguá - Venezuela	0	0

Según la distribución por edad, la franja etaria con mayor prevalencia de automedicación fue de 20 a 29 años (37,9%). En cuanto al sexo, se observó mayor prevalencia en el sexo femenino (59,5%) y con respecto al nivel académico fue mayor la prevalencia en aquellos con un nivel universitario (43,7%) (Tabla 3).

El 50,30% (416) indica como motivo de automedicación la falta de tiempo suficiente para acudir al médico, mientras que el 29,63% (245) manifiesta que no es necesario ir al médico. En un 56,15% (397) es el familiar y/o amigo el que sugiere habitualmente el medicamento a ser consumido, 26,87% (190) el farmacéutico y 11,17% (79) el médico. El 40,05% (298) adquieren sus medicamento en una farmacia, mientras que el 39,11% (291) lo adquiere de algún familiar. Del total de la población que se automedicó el 82,67% (587) afirma que el medicamento ha hecho efecto, el 56,73% (219) afirma que si no surte efecto acude al médico, mientras que el 28,49% (110) aumenta la dosis (Tabla 4).

El 38,9% (253) manifestó automedicarse con analgésicos no esteroides y el 16,4% con antibióticos (Tabla 5). El 60,63% (382) deja de consumir los medicamentos cuando desaparecen las molestias. El 82,40% (721) afirma tener guardado medicamentos de la última consulta, a su vez el 57,92% (453) manifiesta que volvería a automedicarse, y el 87,73% (701) considera a la automedicación como una práctica peligrosa. Del total de la población estudia-

da el 84,87% (1324) considera al farmacéutico como capacitado para la prescripción de medicamentos (Tabla 6)

Tabla 3- Distribución de automedicación de acuerdo a las características demográficas de la población adulta de once ciudades de Latinoamérica, 2015-2016. n=1784

	n	%
Edad		
18 - 19	152	12,53
20 - 29	460	37,92
30 - 39	190	15,66
40 - 49	157	12,94
50 - 59	129	10,63
60 - 69	77	6,35
70 - 79	37	3,05
80 - 89	9	0,74
90 a más.	2	0,16
Sexo		
Masculino	491	40,48
Femenino	722	59,52
Nivel académico		
Primario	207	17,12
Secundario	460	38,05
Universitario	529	43,76
Ninguno	13	1,08

Tabla 4: Distribución de acuerdo a las características de la automedicación de la población adulta de once ciudades de Latinoamérica, 2015-2016. n=1784

	n	%
Motivo de la automedicación		
Sin tiempo para ir al medico	416	50,30
Sin seguro medico	123	14,87
No es necesario ir al médico.	245	29,63
Otros	43	5,20
Prescriptos habituales de medicamentos		
Familiares y/o amigos	397	56,15
Farmacéutico	190	26,87
Publicidad y/o internet.	35	4,95
Medico	79	11,17
Otros	6	0,85
Lugar de adquisición del medicamento		
Farmacia	298	40,05
Almacén, tiendas, despensas	122	16,39
Familiar	291	39,11
Otros	33	4,43
El medicamento hace efecto		
Si	587	82,67
No	123	17,32
Si no hace efecto, que realiza		
Consulta con el medico	219	56,73
Aumenta la dosis	110	28,49
Cambia de medicamento	45	11,65
Otros	12	3,10

Tabla 5: Distribución según el medicamento utilizado para la automedicación de la población adulta de once ciudades de Latinoamérica, 2015-2016. n=1784

Medicamento	n	%
Analgésico	253	38,92
Antigripal	98	15,07
Antibiótico	107	16,46
Antialérgico	89	13,69
Otros	103	15,89

Tabla 6: Distribución de acuerdo a la práctica de la población adulta de once ciudades de Latinoamérica, 2015-2016. n=1784

Práctica	N	%
¿Cuándo deja de consumir?		
Cuando indica la etiqueta	248	39,36
Cuando desaparecen las molestias.	382	60,63
¿Tiene medicamentos guardados de la anterior consulta?		
Si	721	82,40
No	154	17,60
¿Volvería a consumir?		
Si	453	57,92
No	329	42,08
¿Cree que la automedicación es peligrosa?		
Si	701	87,73
No	98	12,27
¿Cree que el farmacéutico está capacitado para prescribir?		
Si	1324	84,87
No	236	15,13

DISCUSIÓN

La automedicación sigue representando un problema de salud pública debido a la alta frecuencia con que se presenta y a las consecuencias que pueden acarrear para la salud de quien lo practica, por lo que la evaluación de este problema debe hacerse de manera periódica y sistemática (7,8).

En este estudio, la prevalencia de automedicación en las últimas dos semanas fue 54,6% y en los últimos tres meses 62,5%, con resultados similares a los hallados en Morelos-México (65,5%)(10), Lima-Perú (56,6%)(11), Medellín-Colombia (54,7%)(12), Coronel Oviedo-Paraguay (48,3%)(9); mucho menor en relación a los estudios de Coda y Cols en Itapua-Paraguay (92,8%)(13) y Ramos en Ate-Perú (90,1%)(14); y mucho mayor a los estudios realizados en Pereira-Colombia (24%)(15), Bogotá-Colombia (21,8%)(16), Aragón-España (11,7%)(17), La Habana-Cuba (7,3%)(18).

Al igual que en otros estudios, se encuentra mayor prevalencia en el sexo femenino (59,5%)(13-16), conside-

rándose al sexo femenino como el más susceptible a esta práctica. Con relación al grupo etario, en este estudio más del 50% tenía menos de 40 años, coincidiendo con otros estudios(9, 13, 14, 18), por lo que se ve un aumento en la automedicación con el correr de los años.

De acuerdo al nivel académico, también se ve mayor cantidad de sujetos con estudios universitario que practican la automedicación (12, 15). La mitad de los encuestados manifestó como motivo de automedicación la falta de tiempo para acudir a la consulta médica y cerca de la tercera parte afirmó que no siempre es necesario realizar una consulta médica, a diferencia del estudio de López y cols. donde la principal razón señalada fue la falta de dinero seguida por la falta de tiempo (14,19), en tanto que Villegas y Cols. citan como razones: signos y/o síntomas poco importantes y difícil acceso a la atención médica, y en menor proporción la falta de tiempo y dinero (20,21). Al indagar acerca de quién o quienes indican o recomiendan qué medicamento consumir, el 56,1% menciona que la sugerencia proviene de familiares y amigos, mientras que un 26,8% indica al farmacéutico. Hermoza y cols. constataron que casi la mitad de los encuestados se auto prescribía el medicamento, mientras que solo el 21% era prescrito por un familiar (8,10). Así también, difiere del estudio realizado en Morelos-México donde el 66% de los encuestados manifestó automedicarse con medicamentos recetados en consultas anteriores (7,9). Si bien la literatura también menciona el rol de la publicidad e internet (9,11) en el momento de la elección del paciente, en el estudio resultó ser muy baja la frecuencia.

Al igual que en otros estudios, se encuentra que los AINES son los medicamentos más consumidos por automedicación y en menor frecuencia los antibióticos (8, 10, 12). Si bien la cifra de automedicación con antibióticos es baja, es un punto que debe ser tenido en cuenta por el riesgo de aparición de cepas resistentes.

Según este estudio, ocho de cada diez encuestado considera que la automedicación peligrosa, resultado similar a otro estudio (8, 10) y ligeramente superior al estudio de Soto y Roa y cols. (59%) (12, 18). El 84,8% considera al farmacéutico capacitado para prescribir un medicamento, difiriendo de un 55%(8, 10) y 24,4%(4,5) citado en la bibliografía.

Las principales limitaciones del estudio se centran en que no todos los países latinoamericanos participaron del estudio; asimismo, la validación del instrumento no se realizó por estratos y tuvo que ser 5,9% de la población debido que no se completaron las variables sociodemográficas, consideramos importante la conducción de otro

estudio con aumento en las ciudades participantes y ajustes en el diseño.

Al finalizar, se concluye que la prevalencia total de automedicación fue semejante a la manejada por la literatura, la mayoría afirma que adquiere medicamentos de sus familiares y amigos, el sexo con mayor prevalencia de automedicación es el femenino y con respecto a la edad se observa que va disminuyendo; sin embargo, es imperativo el control más estricto de esta práctica.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento: Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina (FELSOCEM), en el marco del concurso de Proyectos Multicéntricos 2014.

Agradecimiento: A la Dra. Yuly Castellanos, por su asesoramiento en la elaboración, ejecución y culminación del presente estudio multicéntrico y a las Sociedades Científicas participantes de la recolección de datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FIP-WSMI; Declaración Conjunta por la Federación Farmacéutica Internacional y la Industria Mundial de la Automedicación Responsable. The Hague. 1999. Disponible en: https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=244&table_id=
2. Salazar J, Bello L, Toledo A, Añez R, Gonzalez L. et al. Comportamiento Epidemiológico de la automedicación y polifarmacia en individuos adultos del sector Dalia de Fernandez, Municipio San Francisco. *Archivo Venezolano de Farmacología y Terapéutica*. 2013; 32(1): 1-15.
3. Farjado A, Mendez F, Hernandez J, Molina L, Tarazona A. et al. La automedicación de antibióticos: un problema de salud pública. *Salud Uninorte*. 2013; 29 (2): 226-235.
4. Aguado M, Nuñez M, Dos Santos L, Bregni C. Automedicación en Estudiantes de Farmacia de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. *Acta Farm. Bonaerense* 2005; 24 (2): 271 - 6.
5. Llanos L, Contreras C, Velazquez J, Mayca J, Lecca L, Reyes L. et al. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Rev Med Hered* 2001; 12 (4): 14 - 20.
6. World Health Organization. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self- Medication, Ginebra, Suiza. World Health Organization 2008.
7. World Health Organization. The role of the pharmacist in self-care and self-medication, Hague, HolandaMS. World Health Organization 1998.
8. Ríos González CM. La automedicación: un problema de salud pública en auge constante. *Rev. Nac. (Itauguá)* .2015 Dec; 7(2):56-56.
9. Escobar Salinas J, Ríos González C. Prevalencia de Automedicación en dos barrios de la ciudad Coronel Oviedo - Paraguay, Marzo a mayo 2014. *SCIENTIFICA* 2014; 12(1): 46-50.
10. Ruelas G, Pelcastre B, Llerenas A, Reyes H. Medicamentos para adultos mayores: percepciones y adquisición en farmacias privadas de Morelos, México. *Rev Chil Salud Pública*. 2012; 16 (2): 146 - 55.
11. Hermoza R, Loza C, Rodríguez D, Arellano C, Hermoza V. Automedicación en un distrito de Lima Metropolitana, Perú. *Rev Med Hered*. 2016; 27(1): 15-21.
12. Martínez G, Martínez L, Rodríguez M. Características del consumo de medicamentos de venta libre en una población de adultos de la ciudad de Medellín (Colombia). *Salud Uninorte*. 2013; 29 (3): 360-7.
13. Cudas M, González V, Madrazo C, Benítez G, Chamorro L, Scott C. et al. Automedicación en Itapúa: nuestra realidad. *Rev Nac (Itauguá)*. 2015; 7(1): 28-31.
14. Ramos J. Caracterización de la práctica de automedicación en la población residente del distrito de ate de la provincia de lima - marzo 2014. Lima: Universidad Mayor San Marcos. Facultad de Medicina; 2014.
15. Villegas F, Nasner K, Buitrago D, Cruz S, Ruden S, Bedoya J. et al. Patrón de automedicación en la zona urbana de la ciudad de Pereira (Colombia) en el trimestre marzo- mayo 2013. *Investigación Andina*. 2014; 16 (29): 1073-85.
16. López J, Dennis R, Moscoso S. Estudio sobre la Automedicación en una Localidad de Bogotá. *Rev. Salud Pública*. 2009; 11 (3): 432-442.
17. Carrera P, Aguilar I, Clemente E, Malo S, Rabanaque J. Consumo de medicamentos en población adulta: influenciadel autoconsumo. *Aten Primaria*. 2013; 45 (10): 528-535.
18. García A, Alonso L, López P, Yera I, Ruiz A, Blanco N. Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2009; 25 (4): 5-16.
19. Soto E, Roa Y. Patrones de autoatención y automedicación entre la población estudiantil universitaria de la ciudad de Puebla. *Elementos*. 2004; 11 (55-56): 43-51.
20. Frone MR. Work stress and alcohol use: Developing and testing a biphasic self-medication model. *Work & Stress*. 2016; 30(4): 374-394.
21. Bennadi D. Self-medication: A current challenge. *Journal of basic and clinical pharmacy*. 2014; 5(1): 19.

Correspondencia:

Carlos Miguel Ríos González
 Sargento Toribio Valinoti c/ Sgto. Iro Lorenzo Ayala Rolon, 1721,
 Asunción, Paraguay.
 +595971708328
 carlosmiguel_rios@live.com

Recibido: 08/02/2017

Aprobado: 06/05/2017