



VNIVERSITAT  
DE VALÈNCIA

**Departamento de Medicina**

**Programa de Medicina**

**AUTOMEDICACIÓN EN PACIENTES EN URGENCIAS DE UN  
CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Tesis doctoral presentada por:

**Marwan Muhana Al nono**

Licenciado en Medicina y Cirugía

Para la obtención del Grado de Doctor por la

Universidad de Valencia, 2015

Dirigida por los profesores:

**Josep Redon i Mas**

**María José Forner Giner**





UNIVERSITAT DE VALENCIA

-----  
Departament de Medicina

Avda Blasco Ibañez 15  
46010 Valencia  
Teléf 96-3864168  
Fax 96-3864767

Prof. JOSEP REDON I MAS, y la Prof. MARIA JOSE FORNER GINER del Departamento de Medicina de la Universidad de Valencia

INFORMAN

Que Dn MARWAN MUHANA AL NONO, con NIF 03158731<sup>º</sup>, licenciado en Medicina y Cirugía, ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo titulado "AUTOMEDICACIÓN EN PACIENTES EN URGENCIAS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. Dicho trabajo, realizado con nuestra supervisión, estamos conformes con su presentación para ser juzgado por el tribunal que en su día se designe para optar al grado de DOCTOR.

En Valencia a 24 de Septiembre, 2015

Fdo:

Prof. JOSEP REDON I MAS

Fdo:

Prof. MARIA JOSE FORNER GINER



**DEDICATORIA.**

*A mi madre, responsables de todo lo que soy. Por inculcarme valores y principios con los que caminar por la vida.*



## **AGRADECIMIENTOS.**

Al Doctor Josep Redon i Mas y a la Doctora María José Forner Giner, por haberme dado la oportunidad de realizar este proyecto, por su disponibilidad, su buen hacer, por confiar en mí y darme ánimos para llevar a término este trabajo.

A mi padre el Doctor Rabah Muhana y a mi madre Norhan Al nono.

A mi esposa Dina Salem Salem y a mis hijos Oday Muhana Salem y Rayan Muhana Salem por ser el pilar fundamental de mi vida y mi apoyo diario por la dulzura y el cariño que me demuestran siempre.

A mi hermano Moamin Muhana porque es un punto de referencia esencial en mi vida y aunque esté lejos de mí siempre ha estado conmigo, en los momentos buenos y malos y siempre apoyándome.

A mi amigo Jordi Soler Llobell por su amistad y apoyo incondicional.

A mis compañeros del centro de atención primaria que han colaborado en la reclutamiento de información sobre los pacientes.

Y por último, y no por ello menos importante, a todos los pacientes que han participado en los cuestionarios, ya que sin ellos, el estudio no hubiese sido posible.





“La sabiduría suprema es tener  
sueños bastante grandes pero no  
perderlos de vista mientras se persiguen”

**William Faulkner.**

“La ciencia puede descubrir lo que es  
cierto, pero no lo que es bueno, justo  
y humano.

**Marcus Jacobson.**



# **ÍNDICE.**



## **ÍNDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Conceptos y generalidades.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Los medicamentos y la automedicación.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Prevalencia de la automedicación.....</b>	<b>14</b>
<b>1.4 Perfil del usuario de automedicación.....</b>	<b>16</b>
<b>1.5 Revisión de los estudios relacionados con la automedicación.....</b>	<b>17</b>
<b>2. HIPÓTESIS.....</b>	<b>37</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>39</b>
<b>4. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>41</b>
<b>4.1 Tipo de estudio.....</b>	<b>42</b>
<b>4.2 Población y muestra.....</b>	<b>43</b>
<b>4.3 Variables.....</b>	<b>44</b>
<b>4.4 Técnicas y procedimientos.....</b>	<b>48</b>
<b>4.5 Análisis de datos.....</b>	<b>49</b>
<b>4.6 Aspectos éticos.....</b>	<b>49</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
<b>5.1 Características generales de la población de estudio .....</b>	<b>52</b>
<b>5.1.1 Aspectos generales.....</b>	<b>52</b>
<b>5.1.2 Automedicación.....</b>	<b>53</b>

5.1.3 Ambiente sanitario.....	61
5.2 Características del proceso de la automedicación .....	74
5.3 Factores relacionados con la automedicación.....	83
6. DISCUSIÓN.....	89
6.1 Discusión del método.....	90
6.2 Discusión de los resultados.....	94
7. CONCLUSIONES.....	102
8. BIBLIOGRAFÍA.....	104
9. LISTA DE TABLAS.....	117
10. LISTA DE FIGURAS.....	119
11. LISTA DE ABREVIATURAS.....	120
12. ANEXOS.....	121
12.1 ANEXO I: Cuestionario.....	122
12.2 ANEXO II: Dictamen de la Comisión de Investigación.....	130
12.3 ANEXO III: Dictamen del Comité de Ética.....	131
12.4 ANEXO V: Dictamen de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de Clasificación de Estudio Clínico o Epidemiológico.....	133

# **1. INTRODUCCIÓN.**





## **1.1 CONCEPTOS Y GENERALIDADES.**

Analizando el término “Automedicación” en la bibliografía de ciencias de la salud, podemos observar múltiples estudios experimentales que abarcan el problema de la automedicación en concordancia a diferentes contextos farmacológicos, demográficos y geográficos. Sin embargo, dado que en la agrupación de dichos estudios la automedicación adquiere distintos sentidos, resulta difícil llevar a cabo comparaciones epidemiológicas, ya que deberían fundarse sobre una misma definición conceptual e iguales variables.

Sin el uso de unos términos y conceptos coordinados, resulta prácticamente imposible abarcar teóricamente el problema formulando una hipótesis explicativa. Según Ausejo Segura se comprende por automedicación, aquella disposición en la que los pacientes adquieren y disponen de los medicamentos sin ninguna intromisión por parte del médico, en el diagnóstico, prescripción o revisión del tratamiento (Ausejo Segura M y Sáenz Calvo A. 2008).

El fenómeno ha conseguido ser más complejo debido al aumento de la incidencia mundial y a la existencia de dos ideas contrapuestas; la primera, cada vez más extendida, que respalda la hipótesis de una “Automedicación responsable” como una opción socioeconómicamente factible para el cuidado de la salud de las personas, y por otra parte, la existencia de grupos alarmados por los efectos perjudiciales de una “Automedicación no responsable” (Álvarez Gómez J. 2009).

La automedicación responsable implica: informar, aconsejar y educar (Baos Vicente V. 2000) acerca de la enfermedad y su tratamiento farmacológico, de forma clara y personalizada, es decir, adecuando en todo momento el mensaje al público al que se dirige, son las claves para progresar hacia una automedicación responsable y buena. Esta labor debe ser desempeñada por profesionales sanitarios, fundamentalmente, en aquellos entornos en que la automedicación es una práctica más común como es la Atención Primaria y, tanto para los medicamentos que necesitan de receta y se obtienen sin ella como para Especialidades Farmacéuticas Publicitarias (EFP) (Hemwall EL. 2010).

Los motivos de una automedicación inapropiada son, entre otros, los siguientes: la falta de entendimiento, habilidades o información independiente, disponibilidad sin ningún tipo de restricciones de medicamentos, ventas de medicamentos que se basan en el ánimo de lucro, etc. Es decir, escasa educación para la salud y educación Sanitaria general y específica apropiada en relación con los medicamentos.

Las actuaciones dirigidas hacia una automedicación responsable deberían tener en consideración aspectos como: fortalecimiento de la relación profesional - paciente, incorporación en la práctica diaria (para que llegue a la mayor parte de la población posible, siendo la atención primaria uno de los ámbitos más adecuados), y participación de diferentes profesionales. Es fundamental la acción integrada e integradora de diferentes profesionales, y entre ellos, principalmente médicos, enfermeros y farmacéuticos son claves (Orueta Sánchez R. 2005; Boe núm 178. 2006).

Entre las participaciones cabe destacar, especialmente, las de tipo informativo/educativo acerca de enfermedad, tratamiento y empleo de medicamentos y botiquines familiares; es decir, medicamentos que por ser necesarios de manera habitual se deben tener en el hogar para hacer de ellos un empleo apropiado, necesario y frecuente (Automedicación responsable). La educación del público, mediante la educación para la salud y la educación Sanitaria acerca de medicamentos, debe orientarse a facilitar conocimientos suficientes sobre las ventajas y riesgos de los medicamentos y de qué manera y cuando utilizarlos, para la obtención de los resultados esperados y no correr el riesgo de sufrir efectos adversos.

En la reunión en Octubre del 2002 en Washington de la 53 a Asamblea general de la Asociación Mundial de Medicina (AMM) y confirmada por la 191ª Sesión del Consejo en Praga de la República Checa en abril 2012, adoptaron un concepto en el que la automedicación responsable es la utilización de un fármaco registrado y disponible legalmente sin la prescripción del médico, sea por iniciativa propia del individuo o por consejo de un profesional de la salud y el uso de medicamentos con prescripción sin receta no se considera automedicación responsable (Asociación Médica Mundial. 2012).

La automedicación responsable es una práctica mediante el cual los individuos tratan sus enfermedades con medicamentos autorizados, disponibles sin necesidad de prescripción y que sean seguros y eficaces cuando se emplean según las indicaciones.

Una automedicación responsable debe cumplir los siguientes criterios:

- Que los medicamentos sean seguros, eficaces y de buena calidad.
- El uso de medicamentos para tratar las enfermedades que las personas pueden identificar y de algunas enfermedades crónicas con diagnóstico médico previo.

De todos modos estos fármacos deben ser diseñados y elaborados específicamente para este propósito y requieren una adecuada formulación, dosificación y administración (OMS. 1998).

La automedicación responsable es útil y se puede aplicar en países que sea su población muy bien educada y que tengan buen sistema de control sanitario, pero en los países en vías de desarrollo la automedicación presenta un problema muy grave por que produce un aumento del riesgo de las reacción adversas, aumento de las resistencias bacterianas, aumento del gasto sanitario y disminución de la eficacia del tratamiento por el uso indebido o insuficiente (Jara Romero L et al. 2012).

La automedicación se considera responsable si está dentro del marco del autocuidado y las personas que la practican tengan suficiente información sobre el medicamento que está tomando, sea gracias a un al consejo de un profesional o por experiencia propia (Granda Enrique. 2008).

Factores que influyen en el mal uso de los medicamentos:

- No tener suficiente conocimiento teórico y práctico sobre el diagnostico, falta de conocimiento de los que prescriben los medicamentos sobre el diagnostico óptimo.
- Promoción de los medicamentos inapropiada y contraria a la ética por parte de las empresas farmacéuticas.
- En muchos países los comercios de venta al menor prescriben y venden medicamento sin receta para obtener más beneficio económico, al cual lleva al consumo excesivo de medicamentos y sobre todo los más caros.

- En muchos países hay acceso a los medicamentos sin control por ejemplo la venta de antibióticos se hace sin receta y eso lleva al consumo excesivo y sus consecuencias.
- Inexistencia de políticas farmacéuticas nacionales coordinadas, las políticas de la OMS para garantizar el uso adecuado de medicamento se aplican en menos de la mitad de los países (OMS. 2014). En los países en vía de desarrollo es un problema ya que las farmacia venden medicamentos sin exigir ningún tipo de prescripción médica, al igual que los comercios no autorizados incluso muchas personas se automedican con fármacos por consejo del curandero tradicional, algunas personas guardan los medicamentos que los sobran en casa para usar los en familiares y amigos, además existe la opción de comprar los medicamentos por internet donde el control en el país de origen no es estricto (Hardon Anita et al. 2004).

Consecuencias del mal uso de medicamentos, el mal uso de medicamentos se practica en muchos países y este mal uso conlleva a muchas consecuencias entre ella se encuentra:

- La resistencia a los antimicrobianos.
- Las reacciones adversas a los medicamentos y los errores de medicación.
- El desperdicio de recursos sanitarios.
- La pérdida de confianza del paciente, el uso excesivo de medicamentos lleva al agotamiento del mismo y el aumento de los precios hasta unos niveles inasequibles además los malos resultados sanitarios del uso inadecuado de medicamentos merma la confianza del paciente.

En un estudio realizado en las farmacias en Alemania para identificar los problemas relacionadas con los medicamentos OTC en los pacientes, se observó que los problemas respiratorios, gastrointestinales y trastornos de la piel, son las problemas de más frecuentes relacionadas con el uso de estos medicamentos. Se observó que 29.7% de los problemas de los pacientes está relacionada con una automedicación inadecuada, el 20.5% está relacionada con un diagnóstico erróneo, el 17.1% por consumir el fármaco durante más tiempo de lo recomendado y un 6.8% por una dosis incorrecta (Eickhoff C et al. 2012).

Una de las metas de la Medicina vigente, del Sistema Sanitario Español, de sus expertos y de la Salud Pública, es alegar con efectividad a las transformaciones demográficas y epidemiológicas que genera el envejecimiento de la población, con un gran número de personas con enfermedad crónica y mayor frecuencia de co-morbilidad.

Es decir, cada vez se encuentra más co-morbilidad, más población mayor y anciana con problemas de salud, enfermedades crónicas y/o degenerativas y diversas enfermedades que deben aliviarse, entre otras cosas, con autocuidados y/o medicamentos. Formándose así, una sucesión de coyunturas usuales que originan aumento de la adquisición, consumo de medicamentos y automedicación. La situación que vivimos actualmente es una carencia en la respuesta a los menesteres que tiene la población y que entorpece la sostenibilidad de los sistemas públicos de Seguridad Social y Sistema Nacional de Salud.

Renovar la alta dependencia de la población del Sistema Sanitario español pasa por el impulso de la promoción de la salud a través de la educación para la salud, y por la prevención de las enfermedades, a través de trabajos preventivos que aminoran la dependencia de los pacientes hospitalarios, y del consumo de medicamentos. En ambos aspectos es esencial una táctica poblacional que mejore la educación para la salud y la educación sanitaria, correspondiente a los autocuidados y al empleo de los medicamentos de forma consecuyente y autónoma. De esta forma la automedicación responsable podría tener un impacto destacado, tanto en el progreso del binomio salud-enfermedad y sus autocuidados, como a nivel sanitario y social aminorando los costes y/o dependencia de la población en relación con el sistema sanitario. Y asimismo reduciendo las consecuencias sanitarias del desmesurado consumo de medicamentos durante años.

Otra meta, que se plantea parcialmente en este trabajo es enmarcar correctamente y de manera efectiva la automedicación consciente dentro del Sistema Nacional de Salud y, específicamente en relación con el estado de bienestar, dado que la gente quiere ante todo no padecer y solucionar sus problemas y/o obtener satisfacciones en cuanto a su bienestar de forma inmediata.

## **1.2 LOS MEDICAMENTOS Y LA AUTOMEDICACIÓN.**

Existe un extenso espectro de fenómenos vinculados con la administración de medicamentos sin que interceda para su dispensación una receta médica, desde la adquisición de los denominados OTC (Over The Counter) o medicamentos de venta libre, pasando por la medicación sin que intervenga previamente un acto médico formal (por ejemplo, por sugerencia del farmacéutico o mediante una consulta telefónica), incluso la auto-administración de medicamentos cuya dispensación sí que requiere prescripción médica.

Los mencionados fármacos OTC se destinan para el tratamiento de más de 450 dolencias médicas de prominente frecuencia de ocurrencia y que conjeturan un cuantioso coste para los distintos sistemas sanitarios.

En términos generales, los medicamentos de venta libre tienen un extenso rendimiento terapéutico y su empleo abarca el tratamiento sintomático o de enfermedades leves (Covington TR. 2006).

En la conferencia GT/Clasificación de Medicamentos definieron la OTC, “Producto farmacéutico, medicamento o especialidad medicinal cuya dispensación o administración no requiere autorización médica, utilizados por los consumidores bajo su propia iniciativa y responsabilidad para prevenir, aliviar o tratar síntomas o enfermedades leves y que su uso en la forma, condiciones y dosis autorizadas sean seguras para el consumidor” y deben cumplir lo siguientes criterios:

- Que sean eficaces y seguros para su uso para aliviar y prevenir síntomas o tratamientos de patologías leves de fácil diagnóstico.
- Deben cumplir con extenso rango de seguridad de tal manera que la administración de dosis superiores no supone peligro para el paciente.
- Que tengan un amplio margen de dosificación para ser adaptados a la edad y el peso del paciente.
- Que no produzcan tolerancia o dependencia.
- Que su uso según las instrucciones no oculta patologías graves que necesita atención médica.

- Que sean fármacos de empleo seguro en todos los grupos de edad.
- Que sean de fácil administración vía oral o tópica y que no sean de vía IM O IV.
- Que el principio activo demuestra un índice alto de seguridad y eficacia con datos de farmacovigilancia tras ser comercializado durante al menos 5-10 años bajo supervisión médica.
- Que los informes de reacción adversas no hayan aumentado durante el periodo de comercialización (OPS.GT/ Clasificación de Medicamentos. 2005).

En algunos países como Francia se incentiva la venta de estos medicamentos, los medicamentos que no están sujetos a prescripción médica no se podrían comprar fuera de la farmacia hasta el 2008, el ministerio de sanidad legalizo el acceso directo a los OTC con el fin de desarrollar el mercado de automedicación con el objetivo de permitir a los pacientes tratar las enfermedades comunes e introducir la competencia de precios de los OTC (Pichetti Sylvain. 2009).

En resumen los medicamentos de venta libre (OTC), tienen unas propiedades de menor riesgo, que fueron puntualizadas en 1986 por la Oficina Regional Europea de la OMS (World Health Organization. 1986, Copenhague.). Tienen que ser eficaces sobre los síntomas que impulsan a su empleo habitualmente de naturaleza autolimitada (no tener una evolución progresiva o agravante), asimismo deben de ser fiables (respuesta coherente y rápida en sus efectos beneficiosos), y seguros para su uso por personas inexpertas. Deben poseer un amplio margen terapéutico e indicar especificaciones en la que es imprescindible consultar al médico. De todas formas, no podemos dejar a un lado que se trata de medicamentos y que cabe la posibilidad de que pueden aparecer problemas como reacciones adversas, interacciones y en bastantes casos, problemas que derivan de una utilización e incluso de una elección fallida del fármaco en cuestión. Los medicamentos disponibles legalmente para la automedicación en nuestro país, son únicamente un pequeño porcentaje de los medicamentos que son consumidos con este fin, ya que la automedicación con fármacos que necesitan receta médica es un hábito común. (Tejedor N et al. 1995). Y sería eficaz y necesario ser consecuentes de este fenómeno, para ejecutar una actividad profesional apropiada, pertinente, cualificada y ética.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define **Efecto Adverso** como cualquier respuesta perjudicial y no premeditada, a un medicamento, que sucede en el ser humano a las dosis empleadas para profilaxis, diagnóstico, terapéutica o alteración de una función fisiológica. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM), se manifiestan en un amplio número de pacientes (hasta un 30%), no obstante afortunadamente frecuentan ser de carácter leve y pasajero en la mayor parte de los casos. (Baos Vicente V. 2000).

El término “**Problema Relacionado con la Medicación (PRM)**”, es mucho más extenso pues incorpora, tanto los efectos adversos, como todas aquellas alteraciones no deseadas debidas a confusiones de medicación, ocasionadas por una errónea elección del medicamento, de su dosis, de la forma de administración o del cumplimiento terapéutico.

Las confusiones de medicación son resultado de un empleo inapropiado de los medicamentos y por tanto, son prevenibles y evitables. Esto acarrearía incluso a reflexionar sobre el impacto comunitario de las resistencias bacterianas para los antimicrobianos. Los problemas que puede dar lugar el hábito de la automedicación pueden ser muy graves, principalmente en el caso de determinadas patologías y maneras de utilización, de ahí el interés de orientar las políticas educativas sanitarias, y las sugerencias y/o recomendaciones enmarcados en la Educación para la Salud, sobre medicamentos hacia la obtención de unas costumbres que conduzcan hacia una Automedicación responsable y eficaz para disminuir los PRM (ASHP suggested definitions and relationships among medication misadventures, medication errors, adverse drug events, and adverse drug reactions. 1998).

Las Interacciones entre fármacos, es otro de los aspectos a tener en cuenta a la hora de considerar los riesgos que supone la automedicación. Las interacciones medicamentosas son “aquellas respuestas farmacológicas que no permiten ser explicadas por la acción de un único fármaco sino que son debidas a los efectos de dos o más sustancias actuando de forma simultánea sobre el organismo” (De Blas Matas B et al. 2004). Su gravedad y reiteración es lo que determina la importancia clínica que tienen las interacciones.



En conclusión, es preciso conocer las características de los fármacos que con mayor frecuencia interactúan entre sí, las consecuencias de sus interacciones y los mecanismos de producción para así poder evitar en lo posible los efectos adversos derivados de dichas interacciones. Las interacciones son un inconveniente de gran trascendencia que va en incremento debido a que cada vez es más habitual la polimedicación, bien porque se sufra más de una patología (co-morbilidad), o porque una misma afección precise más de un tratamiento para su sintomatología, especialmente en los enfermos crónicos y en la población de mayor edad, grupo de pacientes cada vez más corriente debido al aumento progresivo de la esperanza de vida y del envejecimiento poblacional. Hoy en día, uno de los mayores problemas y/o carencias del Sistema Nacional de Salud es la atención apropiada, efectiva y segura de los enfermos crónicos polimedificados.

La probabilidad de que un paciente padezca interacciones se incrementa de forma exponencial con el número de fármacos: pacientes que toman de 2 a 5 fármacos un 20 % y pacientes con más de 6 fármacos un 80% (González Amayuelas M et al. 2006). Como consecuencia, es imprescindible tener en cuenta a la hora de analizar las interacciones, los factores que incrementan su probabilidad: factores vinculados con el fármaco (dosis, vía de administración, forma farmacéutica, metabolismo dosis-dependiente, rendimiento farmacéutico), factores relacionados con los pacientes (gravedad de la enfermedad, cuestiones genéticas, patologías concomitantes, consumición de tabaco, alcohol, hábitos nutricionales, exposición a factores ambientales, etc.). Asimismo, es imprescindible conocer el mecanismo de producción de las interacciones: farmacéuticas (incompatibilidades físico-químicas), farmacocinética (interacciones a nivel de receptor, sistema fisiológico, balance electrolítico, etc.). Asimismo es importante tener en cuenta la interacción que puede producirse entre medicamentos y la consumición de plantas medicinales, y con algunos alimentos. Como consecuencia, en el momento de valorar las interacciones como riesgo relacionado con la automedicación debemos tener en cuenta múltiples factores, mecanismos de interacción, el gran número de fármacos comprometidos, y la peligrosidad de la automedicación cuando el paciente está

consumiendo otros medicamentos, sobre todo, en tratamientos crónicos, ya que su médico inspecciona las posibles interacciones de sus fármacos usuales, pero el paciente las suele ignorar cuando practica la automedicación, aumentando sus probabilidades y en conclusión los posibles efectos adversos.

En base a lo explicado anteriormente, los grupos de medicamentos en los que se practica la Automedicación frecuentemente son:

- Analgésicos: Recalcando el uso del ácido acetil salicílico y paracetamol, seguidos cada vez más de cerca por fármacos del grupo de AINEs, entre los que cabe destacar el diclofenaco y el ibuprofeno, debido sobre todo a su uso en el tratamiento del dolor de cualquier tipo. Su utilización es muy usual, puesto que los estudios de consumo apuntan que la elevada cifra de envases dispensados a cargo de la Seguridad Social se ven si tenemos en cuenta los consumidos en automedicación.

Se debe de tener en cuenta que este tipo de fármacos no son totalmente inocuos y que pueden dar lugar a reacciones adversas graves como hemorragia digestiva alta, cefaleas diarias crónicas debidas al exceso de analgésicos y nefritis intersticial (Baos Vicente V. 2000; González Amayuelas M et al. 2006; Campillo- Grau M. 2002).

- Antibióticos: Estos fármacos fueron una verdadera revolución para la Medicina en el siglo XX, ya que se logró superar muchas enfermedades infecciosas que eran causantes de una gran morbilidad, de ahí que generen grandes expectativas sociales en cuanto a sus efectos curativos y esto ha ocasionado que sean un grupo de medicamentos muy empleados en la automedicación (Barris Blundell D et al. 2001). En España, se calcula que esta alcanza hasta un 25% de los envases anuales que se consumen (Baos Vicente V. 2000). Por otra parte, también resulta elevado el incumplimiento de la posología y de la duración del tratamiento y también, la mayor parte de veces se abandona el tratamiento al percibir el alivio en los signos y/o síntomas de la enfermedad. Todo esto ha hecho que España sea uno de los países con mayores tasas de resistencias bacterianas, sobre todo, en patógenos de origen comunitario (Hernández Novoa B y Eiros Bouza JM. 2001; Evaluación del consumo de antibióticos en la atención primaria de salud. 1999).

Asimismo se debe tener en cuenta un incremento del consumo de antifúngicos, principalmente, los de uso tópico (Alou Cervera L et al. 2001). Como consecuencia, el uso razonable de los antibióticos constituye un importante desafío sanitario y social con la finalidad de armonizar la correcta práctica clínica con la disminución del impacto de las resistencias bacterianas y, que dada la situación propuesta en nuestro país, pasa por una adecuada Política Sanitaria y Educativa referente a su uso.

- Otros medicamentos: Aunque los analgésicos y los antibióticos son los primordiales grupos de fármacos empleados como automedicación, esta se propaga a los grupos de fármacos más variados, bien porque ya se ha tenido experiencia previa de los mismos, porque alguien ajeno al sistema sanitario los aconseja, etc., inclusive son utilizados en la automedicación, fármacos asignados a dolencias de carácter más grave, y tratamientos mucho más complejos como pueden ser, hipocolesterolemiantes, antihipertensivos, antidepresivos y ansiolíticos con la inseguridad que ello supone. La mayoría de ellos forman parte de la denominada Farmacopea del Bienestar. Es decir, fármacos que se emplearían de manera habitual en la vida cotidiana para mejorar diferentes aspectos subjetivos y/o sensaciones menores en la esfera psicosomática, sin evaluar de forma sensata los beneficios y riesgos.

La Seguridad del Paciente es uno de los asuntos más importantes a la hora de estudiar la práctica de la automedicación. La Seguridad del Paciente se logra mediante el “conocimiento correcto de los riesgos asistenciales, la eliminación de los prescindibles y la prevención y protección contra los que hay que asumir de forma inevitable” (Aranaz JM y Vitaller J. 2007). Entre las causas inminentes relacionadas con efectos adversos asociados a la asistencia sanitaria en hospitales españoles, fueron usuales los Problemas Relacionados con los Medicamentos (Aranaz JM. 2006). Esto nos hace considerar que la automedicación implica un riesgo adicional para la seguridad del Paciente, al no participar un profesional sanitario cualificado en el proceso que impida los riesgos más inmediatos y evitables en la praxis clínica habitual.

Cuando sucede un problema de Seguridad para el Paciente las preguntas inmediatas son ¿Qué circunstancias han concurrido? ¿Quién es el culpable? Dejando a un lado

cuestiones importantes para el análisis de causas y las sugerencias de actuaciones preventivas como pueden ser ¿Por qué sucedió? ¿Cómo pasó? ¿Qué puede hacerse? Este tipo de dudas junto con la sensatez en el análisis de la situación y la toma de decisiones, la perseverancia en las actuaciones y la participación de los pacientes componen el camino hacia la Seguridad del Paciente (Aibar Remón C y Aranaz Andrés JM. 2007). Todo esto resulta adaptable a los problemas de Seguridad para el Paciente generados por el empleo de la automedicación, partiendo de una cuestión principal ¿Por qué se ha automedicado el paciente? El mismo paciente debe ser consciente de su propia Seguridad y de los peligros que asume al automedicarse. Él es el primer responsable de los hechos. La prevención de los Problemas Relacionados con los Medicamentos compone una parte esencial de la seguridad del Paciente que pone en práctica la automedicación.

Fundamentalmente, los que son debidos a errores de medicación causados por una incorrecta elección del medicamento, de su dosis, de la forma de administración o del cumplimiento terapéutico. Todos ellos se deben a un empleo inapropiado de los medicamentos y, por tanto, prevenibles. Las consecuencias de este incorrecto empleo de los medicamentos son graves y/o perjudican a un elevado número de personas lo que conlleva un elevado costo social y sanitario, que como ya hemos señalado anteriormente, se puede impedir mediante la orientación de la Educación Sanitaria sobre medicamentos hasta conseguir hábitos de Automedicación responsable, y la educación para la Salud promoviendo los autocuidados responsables y apropiados a los problemas de salud leves y/o enfermedades crónicas.

### **1.3 PREVALENCIA DE LA AUTOMEDICACIÓN.**

La inserción en el mercado de los medicamentos de venta libre está normalizada específicamente en diferentes países. Un grupo de expertos reunidos a apelación de la Oficina Regional Europea de la OMS divulgó una serie de directrices para la valoración de los medicamentos OTC (Granda E. 2008). No obstante, al margen de las alternativas reguladas, la dispensación no autorizada de medicamentos es un fenómeno de repercusión mundial.

En España existe una demanda levemente superior al 11% de medicamentos que requieren prescripción médica y no cumplen este requisito. Esta circunstancia está vinculada con la prescripción aconsejada sin receta (de manera “informal”), la reutilización de medicamentos previamente prescritos en estados crónicos y la obtención de medicamentos sin la intromisión de ningún profesional (Barbero González A et al. 2006).

En los países emergentes, la prevalencia de la automedicación oscila entre el 60% y el 80% en lo que corresponde a las enfermedades generales (Awad AI y Eltayeb IB. 2007). Según los estudios elaborados en una comunidad rural Etíope por Suleman y colaboradores el 39% de las personas que habían sufrido una enfermedad en los dos últimos meses se automedicaron mediante el uso de medicinas tradicionales o productos farmacéuticos (Suleman S et al. 2009).

En Nigeria, se halló que el 67.7% de los niños que sufrían de cólicos intestinales fueron tratados con la automedicación, el 28% buscó ayuda médica y un 3.1% fueron tratados de manera tradicional (Kazeem AO et al. 2009).

Otro estudio realizado en un hospital de Nigeria sobre la práctica de la automedicación por el dolor de muelas. La prevalencia de la automedicación fue del 80.6% (Anyanechi CE y BD Saheeb. 2015).

En un estudio, realizado en Jordania (Sawair FA et al. 2009), halló un porcentaje del 40% de automedicación con antibióticos durante los últimos seis meses, del cual tan sólo un 37% siguió las advertencias de dosis. Según Yousef (Yousef AMM et al. 2008), la

automedicación entre la población jordana es corriente, alcanzando un porcentaje próximo al 42%. De igual manera, la costumbre de la automedicación se encuentra ampliamente extendida en Irán. Zargarzadeh mostró en su estudio un porcentaje del 23% respecto a los medicamentos que necesitan prescripción médica y son vendidos sin efectuar este requisito (Zargarzadeh AH et al. 2008).

En Yemen, Arabia Saudí y Uzbekistán, se realizó un estudio sobre la práctica de la automedicación con antibióticos. Se determinó que la prevalencia de la automedicación con antibióticos fue del 48% en Arabia Saudí y del 78% en Yemen y Uzbekistán y el conocimiento de uso de los antibióticos fue limitado (Belkina Tatyana et al. 2014).

En la India, se realizó un estudio para determinar la prevalencia de la automedicación entre los estudiantes de medicina, la muestra fue de 440 estudiantes y la prevalencia de la automedicación fue del 88.2% (Patil Shivaraj B et al. 2014).

En relación a los países latinoamericanos, el fenómeno aumenta su dimensión extendiéndose, de la misma manera que en otros países en proceso de desarrollo, a medicamentos que se encuentran sujetos a regulación en los países desarrollados, tales como tratamientos antidepresivos o antibióticos (Larson E et al. 2006). Así, por ejemplo, la automedicación constituye el 36% de la venta de medicamentos en Brasil (De Aquino DS. 2008), el 75% según las conclusiones de la encuesta realizada en la ciudad de Valdivia en Chile (Albarran KF y Zapata LV. 2008) o un porcentaje próximo al 27% según un estudio que tuvo lugar en Bogotá Colombia (López JJ et al. 2009).

En México, el 80.4% practicaban la automedicación de los usuarios de las farmacias, uno de los factores socio médicos que analizó esta investigación fue la cobertura de los usuarios por los servicios sanitarios. Se observó que el 60% de los encuestados no tenían la accesibilidad a un médico o a otro servicio sanitario público o privado (Gómez O et al. 2009).

En España, la Encuesta Nacional de Salud realizada en 1993, y que incorporó a más de 20.000 personas de todas las regiones del país, con edades superiores a los 16 años, obtuvo como resultado un porcentaje de automedicación del 12.7%.

La prevalencia de automedicación se acrecentó hasta el 18% según reveló la misma encuesta correspondiente al año 2003 (Carrasco Garrido P et al. 2008).

De manera general, los estudios vinculados con la prevalencia de la automedicación exponen que ésta se relaciona fundamentalmente con enfermedades consideradas leves, de tal manera que los primordiales grupos farmacológicos relacionados con la automedicación resultan ser los antiinflamatorios, analgésicos, antigripales y aquellos relacionados con el tracto gastrointestinal (Pereira FSVT et al. 2007; Vacas Rodilla E et al. 2009; Mehuys E et al. 2009). No obstante, existen evidencias del empleo de medicamentos que requieren prescripción médica específica e incluso en el empleo de medicamentos inspeccionados.

Resulta de especial interés desde el punto de vista de la salud pública el uso de antibióticos en los automedicados, tal y como ha quedado evidente en multitud de estudios, siendo objetivo de especial preocupación la probabilidad de generar resistencias microbianas (Matuz M et al. 2007; Nickerson EK et al. 2009; Mainous AG et al. 2008; Grigoryan L et al. 2008). A este respecto, el estudio realizado por Carrasco Garrido a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España, que incluía a unas 20.000 personas, obtuvo como resultado que un 17% de aquellas personas que toman antibióticos lo hace mediante la automedicación (Carrasco Garrido P et al. 2008).

### **1.4 PERFIL DEL USUARIO DE AUTOMEDICACIÓN.**

La mayor parte de los estudios realizados coinciden en señalar que el mayor porcentaje de automedicación se da en sujetos del sexo femenino, personas que viven solas, en grandes núcleos urbanos y en aquellos sujetos con mayor nivel de formación. Por otra parte, se asocia una mayor incidencia de automedicación en aquellas personas con menores posibilidades de acceso al facultativo, así como la presencia de patologías agudas. Respecto a la automedicación inadecuada, a los grupos anteriormente citados habría que añadir las personas de mayor edad y los estudiantes, así como personas con patologías crónicas. Estos grupos resultan prioritarios como destinatarios de los programas de educación sanitaria para la mejora de la automedicación (Caamaño F et al. 2000).

## **1.5 REVISION DE LOS ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA AUTOMEDICACIÓN.**

Diferentes estudios han abordado el consumo de medicamentos en la automedicación en todo el mundo. En un estudio transversal realizado en Arabia Saudí, entre 1042 estudiantes de medicina para evaluar los conocimientos, actitudes, y la práctica hacia el uso de antibióticos para las infecciones respiratorias superiores. Los encuestados fueron la mayoría saudíes 97.5%, los que tenían conocimiento previo de los antibióticos fueron 99.7% y los que conocían su uso fueron 98.3%. Los que conocían su uso frente a infección bacterianas fueron 93.7%, y el 18.1% pensaban que podían ser utilizados para infecciones virales. Las mujeres estudiantes de medicina tuvieron un mejor conocimiento de la eficacia de los antibióticos contra las bacterias y los virus. La incidencia de la automedicación en el estudio fue del 49%, se concluyó que la profundidad del conocimiento de los profesionales sanitarios tiene relación con el adecuado uso de los antibióticos y es esencial para la difusión del mensaje correcto dentro de la comunidad (Harakeh Steve et al. 2015).

En otro estudio realizado en Arabia Saudí en la ciudad de Riad, para evaluar la automedicación en farmacias comunitarias en 5 zonas diferentes de la ciudad fueron seleccionadas al azar, El tamaño de la muestra fue de 538, la mayoría de los participantes fueron del género masculino. Un total de 285 medicamentos fueron adquiridos sin receta médica, de los cuales el 49% deberían ser dispensados con receta médica. Los medicamentos más comunes dispensados sin receta médica fueron los antibióticos 22%, analgésicos 19%. Las razones más comunes de compra de medicamentos sin receta fueron las síntomas leves 54% que no precian ir al médico, ahorro de tiempo el 40% y enfermedades que los participantes cocinan el tratamiento requerido el 40%. En general la mayoría de los participantes tenían escaso conocimiento y una percepción negativa respecto a la automedicación. Más del 68% de los participantes no sabían si el medicamento que compro era de venta libre o precisa prescripción médica (Aljadhey Hisham et al. 2015).



En Kuwait, se realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y la práctica hacia el uso de antibióticos. La muestra fue de 770 individuos y la tasa de respuesta fue del 88.3%, el 72.8% de los encuestados habían sido prescritos antibióticos en los 12 meses anteriores al estudio y el 36% de ellos habían terminado el curso del tratamiento. La prevalencia de automedicación con antibióticos en el estudio fue del 27.5% (Awad Abdelmoneim Ismail y Esraa Abdulwahid Aboud. 2015).

Shehnaz Syed Ilyas y colaboradores, realizaron un estudio en Emiratos Árabes Unidos en la ciudad de Ajman cuyo objetivo fue determinar los factores que influyen en la automedicación en adolescentes a nivel global, fueron utilizados las bases de datos de (Medline / Pubmed, Ingenta, Cochrane Library, EMBASE, CINAHL, Proquest, Scopus, y Google Scholar). Se buscaron las investigación publicados entre enero del 2000 hasta diciembre del 2013 relacionados con la automedicación en adolescentes de 13 a 18 años.

Los artículos fueron examinados por país de origen, tamaño de la muestra, período recordatorio, las tasas de prevalencia y de las asociaciones, los factores que influyen, medicamentos más utilizados, las patologías de los automedicado, las fuentes de información sobre fármacos, la recomendación y la adquisición, el conocimiento acerca de los medicamentos, y las reacciones adversas a los medicamentos. Ciento sesenta y tres publicaciones cumplieron los criterios de inclusión. La prevalencia de la automedicación varió de 2% a 92% en los diferentes países. La automedicación con mayor frecuencia fue con los medicamentos sujetos a receta médica, fueron analgésicos y antibióticos, respectivamente. Dolor de cabeza, alergias y fiebre fueron las patologías de los automedicado más comunes. El mal uso de ambos los OTC y la prescripción solamente reflejaban una tendencia arriesgada. El sexo femenino, la edad avanzada, la educación materna y las prácticas familiares se asociaron con la automedicación entre los adolescentes. Las principales fuentes de información sobre fármacos, la recomendación y la adquisición, se influyeron los farmacéuticos, los padres y amigos. También se informó de prácticas de alto riesgo tales como el desvío de medicamentos de prescripción y la utilización de las recetas anteriores. La mayoría de los estudios revelaron lagunas en el conocimiento de los medicamentos, aunque los adolescentes los clasifican como satisfactorio.

Sin embargo, se registraron pocas reacciones adversas a los medicamentos, probablemente debido a la falta de conciencia sobre los posibles efectos nocivos de los medicamentos (Shehnaz Syed Ilyas et al. 2014).

En otro estudio realizado en Emiratos Árabes Unidos, para determinar la prevalencia de la automedicación en estudiantes extranjeros de secundaria. La muestra fue de 324 estudiantes extranjeros entre 16 y 17 años. La prevalencia de la automedicación fue del 89.2% (Shehnaz Syed Ilyas et al. 2013).

El Nimr y colaboradores, realizaron un estudio en Egipto en la ciudad Alejandría tuvo como objetivo identificar la prevalencia, patrón y razones de la automedicación entre los adultos. La muestra fue de 1100 adultos mayores de 18 años. La práctica de la automedicación fue del 86.4%, los fármacos más utilizados fueron analgésicos 96.7%, para tos y resfriado común el 81.9% y el 53.9% se automedicaron con antibióticos. Los factores que afectaron significativamente a la práctica de la automedicación fueron la edad, la ocupación y la presencia de enfermedades crónicas (El Nimr NA et al. 2015).

En la ciudad de Bengahazi en Libya, se realizó un estudio cuyo objetivo fue investigar la prevalencia de automedicación con antibióticos entre los estudiantes universitarios. Los resultados fueron que el género masculino practicaba la automedicación más que el género femenino. Aproximadamente el 43% y el 46% de los estudiantes de medicina y los que no son estudiantes de medicina practicaron la automedicación con antibióticos. El 42% de los encuestados se administraron antibióticos para los síntomas relacionadas con infecciones respiratorias de los cuales el 48% tomaron antibióticos con prescripción médica (Ghaieth Mohamed F et al. 2015).

En un estudio realizado en Irán en la población anciana para identificar la prevalencia de la automedicación y sus factores asociados. La muestra fue de 272 ancianos, la prevalencia de la automedicación fue del 83% y los factores asociados más comunes de la automedicación fueron, certeza de su seguridad el 93%, conocimiento previo del fármaco el 87.6%, largos tiempos de espera en la oficina del médico 82%, enfermedades leves 77.8% y experiencia previa de la enfermedad 73%.

Los fármacos más comunes utilizados fueron los analgésicos 92%, vitaminas 61%, medicamentos digestivos 54% y antibióticos 43%. Hubo una correlación significativa entre la automedicación y el sexo, nivel de estudios, información sobre los medicamentos, el estado civil y el seguro médico (Jafari Faranak et al. 2015).

En otro estudio realizado en Irán sobre la práctica de la automedicación y el almacenamiento de medicamentos en los hogares. Los medicamentos más almacenados fueron los analgésicos seguido por antibióticos. La prevalencia de la automedicación en estos hogares fue del 53.6% y la frecuencia de la reutilización de antibióticos fue alta. Se observó una relación significativa entre la automedicación y el nivel educativo (Foroutan B y Foroutan R. 2014).

En el sur de la India, se realizó un estudio cuyo objetivo fue comparar los conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la automedicación en estudiantes relacionados con el sector de la salud y aquellos universitarios que no tienen relación con del sector de la salud. La muestra fue 314 y 310 en los estudiantes del sector de la salud y los que no tienen relación con el sector de la salud, respectivamente. La mayoría de los estudiantes practicaron la automedicación (84.4% frente a 68.1%,  $p < 0.001$ ), las indicaciones más comunes fueron la fiebre (46.4% frente a 37.9%,  $p < 0.001$ ) y la tos y el resfriado común (30.9% frente a 37%;  $p = 0.004$ ). Los medicamento más frecuentes de los automedicados eran antipiréticos (67.9% frente a 52.6%,  $p = 0.03$ ) y multivitaminas (28.7% frente a 16.8%;  $p < 0.001$ ). Las reacciones adversas a los medicamentos experimentados debido a la automedicación fueron (6.8% frente a 1.9%;  $p < 0,001$ ). Los factores de riesgo independientes para la automedicación fueron grupo de menor edad (OR = 2.93; IC del 95%: 1.09 a 7.85), el almacenamiento de medicamentos en casa (OR = 2.49; IC del 95% 1.21 a 5.12), los estudiantes de la salud (OR = 2.54; IC 95% 1.72 a 3.74) (Sharma Ajitha et al. 2015).

Se realizó otro estudio en la India para evaluar los diversos aspectos de la automedicación en los estudiantes de medicina. Fue un estudio prospectivo, transversal, basado en un cuestionario se realizó entre 488 estudiantes de medicina seleccionados por muestreo aleatorio simple a partir de enero de 2013 hasta junio de 2013. Los datos fueron recogidos y analizados para el recuento y porcentaje.

Los estudiantes informaron que la automedicación en el año anterior fue del 71,7% y la prevalencia fue mayor en estudiantes del último año. La Fiebre y el dolor de cabeza fueron las enfermedades con mayor frecuencia, los fármacos más utilizadas fueron antipiréticos y analgésicos, obtuvieron la información a través de material de lectura, y las razones citadas fueron dolencias menores y un alivio rápido. Los estudiantes en su mayoría estaban de acuerdo en que el conocimiento médico es necesario para la administración del medicamento por uno mismo. Se concluyó que la automedicación es altamente prevalente en los estudiantes de medicina y que es bastante alarmante (Kasulkar Arti A y Gupta M. 2015).

Ahmad Akram y colaboradores, realizaron un estudio en una zona rural en el norte de la India. La muestra fue de 600 individuos. La prevalencia de la automedicación fue del 50% y la mayoría de los pacientes que practicaron la automedicación fue por cefaleas y otros dolores 23.3%, fiebre 14.5%, infecciones del tracto urinario 9.7% e infecciones de las vías respiratorias 11.7%. Los fármacos más frecuentes utilizados para la automedicación fueron, antiinflamatorios no esteroides 25.3%, para problemas gastrointestinales 20.8% y antibióticos 16.7% (Ahmad Akram et al. 2015).

En Pakistán, se realizó un estudio dominado “Self-medication practices”, su objetivo fue evaluar la práctica de la automedicación y los factores que influyen en esta práctica. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, mediante la técnica aleatoria simple. El resultado fue que el 61.2% practicaron la automedicación, esta práctica se predominó en grupos de edad más jóvenes entre 15 años y 35 años, fue del 64.8% y fue más en varones 64.5%. Hubo más práctica de la automedicación en las zonas urbanas más que en las zonas rurales, observando más práctica de la automedicación en analfabéticos (Shahbaz Baig. 2012).

En China, se realizó un estudio en estudiantes universitarios sobre la automedicación con antibióticos para investigar las conductas de la automedicación con antibióticos y los factores del riesgo entre los estudiantes universitarios chinos e investigar más a fondo la relación entre esta práctica y los efectos adversos por medicamentos. La muestra fue de 2608 visitantes del sitio web.

El 47.9% de los encuestados tenían una historia de automedicación con antibióticos, entre los estudiantes automedicados el 43.5% creen que los antibióticos son adecuados para las infecciones virales y el 65.9% se habían automedicado con antibióticos el año anterior más de una vez. El sexo femenino, la edad avanzada y el conocimiento previo de antibióticos se identificaron como factores de riesgo. Los efectos adversos por uso de antibióticos fueron del 13.3% (Zhu X et al. 2015).

Otro estudio realizado en el continente asiático en la República de Corea, su objetivo fue identificar la prevalencia de administración de medicamentos por parte de los padres a sus hijos y la comprensión de estos padres sobre los posibles efectos adversos de los medicamentos.

Los resultados fueron que la frecuencia de administración de los antipiréticos fue del 94.4%, descongestionantes el 89.4% y antibióticos el 77.7% en casa. La principal fuente de información para cuya administración fueron las hojas de instrucciones de los medicamentos. Por otra parte el 12.3% de los niños experimentaron efectos adversos a los medicamentos, el análisis estadístico reflejó que el nivel educativo de los padres y el ingreso mensual de cada uno tenían un impacto significativo en la comprensión de los participantes de los efectos adversos (You Mi-Ae et al. 2015).

Ramay Brooke y colaboradores, realizaron un estudio en la ciudad de Guatemala cuyo objetivo fue comparar la magnitud de la automedicación con antibióticos en dos farmacias una en el centro de ciudad y la otra suburbana que atienden a una comunidad socioeconómica dispersa. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y se utilizó un cuestionario para la recogida de información, completaron la encuesta 221 en la farmacia suburbana y 197 en la farmacia del centro de ciudad. Se observó que la automedicación en la farmacia suburbana fue del 79% y la automedicación en la otra farmacia fue del 77%. Los encuestados fueron la mayoría del sexo femenino y más comúnmente automedicados con amoxicilina (Ramay Brooke M et al. 2015).

En 2006, tuvo lugar un ensayo clínico inspeccionado en dos escuelas secundarias del distrito Metropolitano de Quito (Ecuador). Dicho ensayo se fundamentó en una muestra de 367 estudiantes (mujeres de edades comprendidas entre los 10 y 13 años), que fueron

sometidas a una campaña de educación sobre cinco temas vinculados con el uso racional de medicamentos. El grupo de intervención logró un característico aumento en relación al grupo de control, tanto a corto como a largo plazo, respecto a los conocimientos temáticos tratados. Dicho estudio dedujo que, es viable lograr una rectificación favorable de actitudes para el uso apropiado de medicamentos en una población adolescente, y que mediante el refuerzo constante de las intromisiones pueden conseguirse efectos perdurables que contribuyan al aumento de la educación para la salud de la población en general (Maldonado JC et al. 2007).

En Sao Paulo en Brasil, se efectuó un estudio descriptivo, llevado a cabo sobre una muestra aleatoria simple de dos localidades, con la finalidad de determinar la prevalencia de la automedicación en la población de menor edad (niños y adolescentes). Se seleccionaron sujetos que habían consumido por lo menos un fármaco en los 15 días anteriores al estudio. Los individuos se distribuyeron en dos grupos de estudio en función de si su patrón de consumo acataba a automedicación o prescripción médica. El estudio tuvo como resultado una prevalencia de automedicación con un porcentaje superior al 56%, de los que prácticamente en la mitad de los casos la automedicación fue incitada por las madres y un 20% fue recomendado por auxiliares de farmacia o farmacéuticos. El estudio reveló que los principales grupos de medicamentos usados sin prescripción médica fueron los analgésicos, antipiréticos y AINEs (cerca del 53%), y con mayor moderación los medicamentos que intervienen en caso de afecciones gastrointestinales, afecciones de las vías respiratorias, y antibióticos sistémicos.

Las afecciones que más promovieron la automedicación fueron las enfermedades respiratorias (17%), la fiebre (15%) y el dolor de cabeza (14%). Los autores del estudio dedujeron que las intervenciones de salud pública destinadas a evitar la automedicación se ve reforzada por la numerosa prevalencia de esta costumbre en las personas de menor edad (Pereira FSVT et al. 2007).

Elsy Miní y colaboradores, realizaron en el Perú un estudio denominado “Automedicación en Gestantes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal”, se ha determinado que el 10.5% de las gestantes practicaron la automedicación durante la gestación de un total de 400 gestantes que acudían a control prenatal (Miní E et al. 2011).

Vera Romero O. y Vera Romero F. (2013), realizaron un estudio en el Perú denominado “Diseño y validación de un cuestionario para medir la automedicación (CAuM-ovr) en estudiantes universitarios” su objetivo fue diseñar y validar un instrumento para medir y evaluar la automedicación desde el punto vista de los estudiantes universitario para ser utilizado en cualquier estudio a nivel nacional o regional. A partir de la revisión de la bibliografía se procedió a la validación del cuestionario mediante discusión con grupo de expertos, se escogió una muestra de 955 universitarios. Se analizó el tiempo de llenado, la fiabilidad y la validez del cuestionario .El tiempo medio del llenado fue de 5 minutos y 40 segundos. El valor alfa de Crombach global fue excelente (0.9032) .Se concluyó que el cuestionario es válido y fiable (Vera RO y Vera RF. 2013).

Martínez Cevallos Leonel (2013), realizó un estudio en Lima Perú denominado “Percepción de la automedicación con antibióticos en los usuarios externos en un hospital público en Lima”, su objetivo fue determinar las precepciones más comunes sobre la automedicación con antibióticos .Se realizó un estudio prospectivo observacional, descriptivo y transversal. La población fue usuarios de consultorios externos del Hospital Nacional, el resultado fue que 58% de los usuarios se automedicaron con antibióticos (Martínez Cevallos L. 2013).

En Cuenca en Ecuador, en una tesis denominada “Frecuencia de automedicación de AINES y analgésicos-antipiréticos y características que los rodean, en hogares de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca en el año 2011”, su objetivo fue determinar la frecuencia de uso de AINES y antiinflamatorios, la prevalencia de la automedicación fue del 69.6% .Los medicamentos más usados fueron Acetaminophen, Neurobion, Finalin, aspirina. Los motivos más frecuentes de la automedicación fueron las cefaleas seguido por problemas osteomusculares (Jara Arévalo M et al. 2011).

Cabrera Loaiza K (2010), realizo un estudio en la ciudad de Loja en el Ecuador denominado “Prevalencia de automedicación y sus factores predisponentes en la población de las parroquias Vilcabamba y El Valle del cantón Loja, durante Abril - Septiembre 2010”, su objetivo fue determinar la prevalencia de la automedicación y los factores predisponentes .El estudio fue descriptivo, no experimental con enfoque cuantitativo de diseño transversal.

Se realizaron encuestas directas a 235 habitantes de la parroquia Vilcabamba y 304 habitantes en la parroquia El Valle, para el análisis de los datos recogidos se utilizó el programa Epi Info versión 3.5.1. Entre otros resultados se encontró que la prevalencia de automedicación en la parroquia El Valle es de 0,55% y en la parroquia Vilcabamba el 0,41%, con predominio en el género masculino, en el grupo de 21 - 44 años de edad, con mayor prevalencia de habitantes con instrucción educativa secundaria. Este problema se debe principalmente a que piensan que la sintomatología que presentan no es grave, en El Valle los síntomas que conllevan a la automedicación es la gripe y en Vilcabamba las cefaleas, los fármacos más utilizados son los analgésicos y antigripales (Cabrera Loaiza K. 2010).

Almeida Jara M en el 2009, realizó una tesis en Quito en el Ecuador denominada “Prevalencia y prácticas de automedicación en los estudiantes del primero al quinto año de la Facultad de Medicina de la Universidad San Francisco de Quito en octubre del 2009”, fue un estudio de corte transversal .Se observó que la prevalencia de la automedicación fue del 68.4% con predominio en varones mientras que las mujeres tuvieron la oportunidad de elegir el fármaco más adecuado para su problema de salud y utilizar los de forma correcta el mayor porcentaje de automedicación fue por resfriado común y los fármacos más usados fueron los AINES (Almeida Jara M. 2009).

Moreno Yuliana y Apablaza Paola en el 2009, realizaron en el Ecuador un estudio denominado “Determinación de los patrones de automedicación en las poblaciones amazónicas de Yacuambi y El Pangui marzo 2009”, El estudio fue analítico, cuantitativo y transversal, se realizó la encuesta en colegios, farmacias, municipios, y domicilios a los habitantes de 15 a 64 años de Yacuambi y El Pangui. La muestra para Yacuambi fue de 372 habitantes y para El Pangui fue de 380 habitantes. Practicaron la automedicación el 81,52% de los encuestados. La automedicación predominó en adultos jóvenes (72, 27%) y en personas con instrucción secundaria en un 65,58%. El 36,97% de la población consultó al médico con una frecuencia de una a dos veces por año, el 31,52% de 3 a 6 veces por año, el 6,38% de 7 a 12 veces por año, y el 25,13% no realizó ninguna visita. El 58,56% de la población se automedica cada 2 a 4 meses, refiriendo que es el periodo en el que presentan síntomas gripales.



De los principales motivos de la automedicación fueron las enfermedad leves 45,02%, falta de recursos económicos para comprar la receta 20,29%, los que tenían conocimiento para automedicación 19,09%, falta de tiempo para ir donde el médico 7,01%, viven muy lejos 5,55%, falta de confianza en el médico 2,45%, otros motivos 0,49%. El 65,58% de los encuestados que se automedicaron decidieron acudir por cuenta propia a ser asesorado por el farmacéutico, el 25,61% de la población fue recomendado por un familiar o amigo, el 5,06% de la población se guio por un aviso publicitario. El 65,43% de la población va a la farmacia por antigripales (Moreno Y y Apablaza P. 2009).

Minchón Medina, Carlos (2010), realizó un estudio en el Perú denominado “Política farmacéutica nacional: Impacto en el uso racional de Medicamentos en el Perú”, su objetivo fue identificar si la política nacional farmacéutica tiene impacto positivo en el uso racional de medicamentos.

El estudio fue un análisis retrospectivo y prospectivo de la Política Nacional de Medicamentos .Se concluyó que hay progresos positivos en la lucha contra el problema de la Salud Pública (Minchón Medina C. 2010).

Amaya R. y Quintanilla F., Realizaron una tesis en el Salvador denominado “Caracterización de la automedicación de la población mayor de 18 años residente en el municipio de San Ignacio de Chalatenango”, su objetivo fue identificar las características de las personas que se automedican según los criterios biopsicoculturales, económicos y educativos, se dividieron en dos grupos la rural y la urbano .Los resultados fueron que el 59% de los encuestados practicaron la automedicación de los cuales el 72% son del área rural, el 38,2% están entre las edades de 18 -27 años. El 74% pertenecen al grupo no pobre, el 33% de la población que se automedica refieren que usan medicamentos recomendados por otras personas, el 29% obtuvieron sus medicamentos en lugares no autorizados, el 21% de la población encuestada recurre a la etnopráctica y el 66% de las automedicaciones son con fármacos para el dolor (Amaya R y Quintanilla F. 2010).

Boulet Louis Ph., realizó un estudio en Canadá sobre los beneficios de un programa educativo de la atención primaria ofrecido por los educadores del asma, la muestra fue

de 124 pacientes con asma con media de edad de  $18 \pm 55$  años. El estudio demuestra que una intervención aplicada en la atención primaria puede resultar en mejora significativa de los resultados del asma, reducir las visitas no programadas y el uso inadecuado de medicamentos como los antibióticos (programadas y el uso inadecuado de medicamentos como los antibióticos (Boulet Louis Ph et al. 2015).

Italia Salvatore, realizó en Alemania un estudio sobre la utilización de medicamentos pediátricos en relación con la automedicación, los medicamentos con receta y los tipos de fármacos más denunciados. La muestra fue de 3013 niños de 15 años y su utilización de medicamentos. El 69% de los medicamentos fueron los medicamentos de venta libre y 31% eran medicamentos con receta, la prevalencia de 4 semanas para el uso de cualquier fármaco era del 41%. Los tipos de medicamentos usados con alta tasa de prevalencia fueron los antiinflamatorios 10.3%, analgésicos 7.1% y antialérgicos 5%. Los factores asociados con mayor uso fueron el sexo femenino, la educación materna más alta. Se concluyó que el uso de los OTC es una práctica común y se predice por factores socioeconómicos como la educación materna (Italia Salvatore. 2015).

En Lituania, se realizó un estudio para evaluar el conocimiento público, las creencias y el comportamiento relacionado con el uso de antibióticos y la automedicación. El método fue mediante encuesta transversal mediante cuestionario validado en diferentes regiones de Lituania. La muestra fue de 1005 adultos. El 61.1% tenían escaso conocimiento de los antibióticos más de la mitad identificó incorrectamente los antibióticos como eficaces sea contra infección virales, el 26% o contra infección mixtas (bacteriana y viral). Los encuestados con niveles más bajos y los de zonas rurales tenían menos conocimiento de los antibióticos. No hubo diferencias significativas entre género, diferentes grupos de edad o diferentes estatus de paternidad. La prevalencia de automedicación con antibióticos fue del 31% (Pavydė Eglė et al. 2015).

Jorgji K y colaboradores, realizaron un estudio en Albania para evaluar la prevalencia de compra de antibióticos sin receta médica e idoneidad de su uso entre los adultos, para determinar el impacto del nivel educativo en el uso de la automedicación. La muestra fue

de 350 jóvenes de los cuales el 78.1% se automedicó con antibióticos. Las razones más comunes se su uso fueron fiebre 29.2%, dolor de garganta 29.1%, y tos 14.2%. Las fuentes más comunes de información para la automedicación fueron el farmacéutico 36.4% y el antibiótico más común utilizado fue la amoxicilina (Jorgji K et al. 2014).

Kusturica Milica Paut y colaboradores, realizaron un estudio en Serbia para identificar la práctica de la automedicación con medicamentos sujetos a receta médica. El número total de medicamentos presentes en 383 hogares fue de 4384 medicamentos, es decir una media de 11 medicamentos por hogar, de estos medicamentos el 58.5% eran medicamentos con receta. Aproximadamente un tercio de estos medicamentos se obtuvieron sin receta médica. Los fármacos más comunes que fueron adquiridos sin receta médica son antibióticos, antiinflamatorios y antirreumáticos. El ibuprofeno y el diclofenaco fueron los medicamentos más comunes de la automedicación. La presencia de estos medicamentos es mayor en hogares con niños menores de 12 años (Kusturica Milica Paut et al. 2015).

En Tolosa Francia, se realizó un estudio que investigó las características principales de los efectos adversos relacionados con la automedicación registrado en la región de Midi-Pyrénées entre 2008 y 2014. La automedicación incluyo, primero medicamentos OTC y segundo fármacos anteriormente prescritos y fueron utilizados sin consejo médico. Entre las 12.365 notificaciones registradas de efectos adversos, 160 (1,3%) estuvieron relacionadas con la automedicación con 186 medicamentos. Alrededor del 75% de los efectos adversos eran "graves". La edad media fue de 48,8 años, con un 56,3% de mujeres. Las reacciones adversas más frecuentes fueron las gastrointestinales y neuropsiquiátricos y los principales fármacos implicados AINE, analgésicos y benzodiazepinas. Fitoterapia-homeopatía representó el 9,1% de los medicamentos (Berreni A et al. 2015).

En 16 redes de la atención primaria en 12 países europeos. Se realizó un estudio observacional para identificar la automedicación por infecciones de las vías respiratorias inferiores. La muestra fue de 2530 pacientes. Se determinó que la prevalencia de la

automedicación fue del 55.4% antes de la consulta médica y 21.5% después de la consulta médica. Los fármacos más utilizados fueron el paracetamol, antitusígenos y mucolíticos (Hamoen Marleen et al. 2014).

Napolitano Francesco, realizó un estudio en Italia sobre el uso de antibióticos. La muestra fue 419 individuos, el 9.8% cocinan el concepto de resistencia a los antibióticos y 21.2% sabían cómo se utilizan. Un 32.7% de ellos reconocieron que se automedicaron con antibióticos (Napolitano Francesco et al. 2013).

Investigadores de Finlandia, han elaborado un estudio en Andalucía, con finlandeses con residencia prolongada en España, y han descubierto que el 41% de los participantes del estudio se les había dispensado antibióticos sin receta médica. Estos autores concluyeron que en Finlandia es inviable adquirir este tipo de medicamentos si no es con receta, y además manifiestan que esta situación de España se debe a una carente inspección del cumplimiento de las leyes que normalizan la receta médica y las oficinas de farmacia (Carracedo Martínez E. 2006).

En un estudio en Suecia, ha comprobado que sólo el 0,4% de los pacientes habían obtenido antibióticos sin receta médica y los autores atribuyen esta desigualdad con los países del sur de Europa, a que, en Suecia todas las farmacias pertenecen a una única sociedad pública, mientras que en el sur de Europa las farmacias rivalizan entre ellas con variadas titularidades (Carracedo Martínez E. 2006).

Todos los países nórdicos, muestran una tasa de resistencia microbiana mínima en comparación con España. Por lo que emplear los antibióticos de forma razonable y apropiada constituye una responsabilidad y un desafío esencial para conservar un preciso equilibrio entre una buena práctica clínica y la necesidad de reducir el impacto de las resistencias bacterianas (Baos Vicente V. 2000).

En el 2005, se elaboró un estudio, en Portugal, para estudiar la prevalencia de automedicación entre los usuarios de farmacia en las zonas rurales. El estudio tuvo lugar durante cuatro períodos distintos de un año. La prevalencia de la automedicación fue del 21,5%. El principal grupo terapéutico adquirido mediante la automedicación eran

preparados para dolencias de garganta en un 74,7%, seguido de antieméticos, antitusígenos... La estacionalidad sólo influía a los antitusígenos y preparados para el resfriado. En las zonas rurales de Portugal aproximadamente una quinta parte de los clientes de las farmacias practican la Automedicación (Nunes de Melo M et al. 2006).

Distintos estudios realizados en España, concluyen que aproximadamente del 25% de los 80 millones de envases anuales de antibióticos son consumidos mediante automedicación. Pero no exclusivamente este hecho advierte de un mal empleo de estos medicamentos, sino que además sólo el 6.5% de los pacientes adultos y el 30.3% de los niños cuyos médicos les han recetado un antibiótico, cumplen la posología y la duración apropiada del tratamiento. La mayor parte abandonan el mismo al sentir mejoría. Muchos de estos envases sobrantes serán reutilizados, estimándose que el 88% de la población española recibe antibióticos al menos una vez al año.

España es uno de los países con una de las mayores tasas de resistencias bacterianas. La exportación de «clones españoles» de bacterias como el *Streptococcus pneumoniae*, han identificado la problemática española en relación a las resistencias bacterianas. Las bacterias de origen comunitario en nuestro país, presentan las tasas de resistencias de las más altas de la Unión Europea (Baos Vicente V. 2000).

En las Encuestas Nacionales de Salud, el 70% de los ciudadanos españoles piensan que su salud es buena o muy buena; sin embargo, el 50% de los encuestados mencionaron haber tomado medicamentos en los últimos días y más de la mitad de ellos se automedicaron (Jubete MJ. 2004).

En un estudio, realizado para averiguar el consumo familiar de medicamentos y la automedicación en los hogares en la población de 25 a 35 años, se contempló que la media de medicamentos presentes en el domicilio por familia era de 18 y de automedicación 10. El grado de automedicación se ve reducido con la edad; así el grupo poblacional de mayor automedicación lo constituyen personas con edades comprendidas entre 16 y 44 años. En una encuesta difundida recientemente y llevada a cabo en 19 países europeos, se pone de manifiesto que España es uno de los países con una mayor tasa de automedicación junto con Lituania y Rumania, y de propósito de utilización y, junto con Italia, donde se almacenan más antibióticos en los hogares (Ras E y Moya O. 2005).

Barbero González y colaboradores, realizaron un estudio en 139 farmacias en España, donde se intentaba medir el porcentaje de demanda y dispensación de medicamentos con receta médica se lograron los siguientes resultados: de los 55.769 medicamentos que necesitaban receta, el 11,1% se solicitó sin ella, correspondiéndose en el 69,7% de los casos con tratamiento crónico o tratamiento médico urgente y el 20% fue por automedicación (Barbero González A et al. 2006).

En Madrid, en un estudio realizado entre los estudiantes de la Universidades Autónoma, Complutense y Carlos III de Madrid (España), se utilizó una muestra de 341 estudiantes, siendo la mayor parte mujeres (62.8%) y la edad media próxima a los 20 años ( $19,9 \pm 1,79$ ). Del total de la muestra, un 43% de los estudiantes eran integrantes de la Facultad de Medicina de la UAM y el resto 57% de otras titulaciones (Ingeniero Técnico Industrial, Periodismo, Derecho, Económicas...) que fueron agrupadas bajo la categoría denominada “no medicina”.

El estudio obtuvo como resultado que un 63% de los encuestados respondía a un patrón de automedicación, no distinguiéndose diferencias significativas entre el grupo de estudiantes de medicina y el grupo no medicina (Bastante T y De la Morena F. 2008).

Vacas Rodilla Esther en el 2008, realizó un estudio en España denominado “Automedicación y ancianos .La realidad de un botiquín casero”, su objetivo fue determinar la automedicación en ancianos e identificar las características de la automedicación y el estado de los botiquines de caseros, se realizó un estudio descriptivo, transversal en un centro de atención primaria de ámbito urbano .La frecuencia de automedicación fue del 31.2% (IC, 36% - 26%). Los fármacos más utilizados fueron los analgésicos 30.9% y los fármacos para el resfriado común 27.2% .La fuente más habitual de adquirir los medicamentos fue la farmacia 49.3% seguido por 41.6 % el botiquín de casa (Vacas Rodillaa E. 2008).

Jiménez Rubio D y Hernández Quevedo C (2010), realizaron un estudio denominado “Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen”, su objetivo fue determinar los factores del consumo de medicamentos sin receta médica en la población adulta en España, observando la existencia de patrones

diferenciales entre población inmigrante y la población autóctona. Se empleó un modelo regresión logística, se utilizó variables demográficas, socioeconómicas, de salud y de forma de vida, los datos fueron recogidos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, que incluye 29478 personas mayores de 15 años.

Los resultados identificaron que las personas de mayor riesgo de automedicación son las personas jóvenes, los alcohólicos, los viudos, los usuarios de un seguro privado no concertado, los residentes de la comunidad de Madrid y Valencia, y los nacidos en un país de Europa Central y del Este .Se concluyó que identificar el perfil de los que se automedican puede ayudar a las autoridades sanitarias a establecer medidas para luchar con la automedicación y cumplir los objetivos de salud pública establecida por la Unión Europea (Jiménez Rubio D y Hernández Quevedo C. 2010).

Martín Pérez M y colaboradores, realizaron un estudio en España en la población gitana para identificar la práctica de la automedicación y los factores asociados. El estudio fue descriptivo de corte transversal, se utilizaron datos de la primera Encuesta Nacional de Salud sobre población gitana, la encuesta fue de 1000 gitanos españoles mayores de 16 años. La prevalencia global de uso de medicamentos fue del 69.1% en ambos sexos y 38.7% practico la automedicación. El uso de medicamentos en mujeres fue mayor que en los hombres un 75.1% frente a 62.3%, sin embargo la automedicación en hombres fue mayor. Los fármacos más utilizados fueron analgésicos y antipiréticos (35.8%). Entre los hombres las variables que se asocian de forma significativa con el uso de la automedicación fueron la edad, precepción negativa de la salud y presencia de enfermedades crónicas y en las mujeres las variables fueron los mismos excepto la edad (Martín Pérez M et al. 2015).

Mira José Joaquín y colaboradores, realizaron un estudio en España cuyo objetivo fue la revisión de la metodología y los resultados publicados en los diferentes estudios entre 1990 y 2014 sobre la frecuencia, causas y consecuencias de los errores que se cometen con los medicamentos por los pacientes en el hogar. La frecuencia de los errores de medicación se oscila entre el 19% y el 59%. Los errores más frecuentes se encuentran entre la población de edad avanzada y los niños de edad preescolar los errores más

frecuentes fueron dosis incorrecta, el olvido de tomar el medicamentos y mezclar fármacos. La mayoría de estos errores no tienen consecuencias negativas (Mira José Joaquín et al. 2015).

Carrasco Garrido Pilar y colaboradores, realizaron un estudio en España cuyo objetivo fue identificar los factores que interfieren en el uso de analgésicos en la automedicación en la población adulta a partir de 16 años.

Fueron utilizados datos secundarios individualizados del 2009 de la Encuesta Europea de Salud en España, se llevó a cabo un estudio a nivel nacional, descriptivo, transversal y farmacoepidemiológico de la automedicación con analgésicos. La muestra fue de 7606 individuos de los cuales 23.7% se automedicó con analgésicos por dolor en cualquier parte del cuerpo, un 40% se automedicó por cefaleas, 15.1% por dolor de espalda en la zona lumbar y el 6.7% por dolor articular. Las variables asociadas significativamente con independencia del dolor fueron la edad entre 16 años y 36 años, el nivel de estudios más alto, trastornos psicológicos y una muy buena percepción de la salud. De los sujetos que sufrían de cefaleas, la automedicación se asoció al sexo masculino (Carrasco Garrido Pilar et al. 2014).

Carrera Lasfuentes Patricia y colaboradores, realizaron otro estudio en Aragón, España, su objetivo fue determinar los factores asociados con el consumo de medicamentos y la automedicación en adultos. Fue un estudio transversal de Encuesta Nacional de Salud del 2006, también se consideraron factores demográficos, de salud y de estilo de vida. El 65.1% tomaron al menos un fármaco en las dos semanas anteriores, de estos el 11.7% se automedicó. La frecuencia de consumo de fármacos fue mayor, en el género femenino, en las personas mayores y en las personas con niveles de estudios altos (Carrera-Lasfuentes Patricia et al. 2013).

Seva Izquierdo y colaboradores, realizaron un estudio en España denominado "Automedicación Previa a La Indicación Farmacéutica En Gripe o Resfriado" su objetivo fue describir el comportamiento de los pacientes con relación con la automedicación antes y después de solicitar el consejo del farmacéutico en gripe o resfriado común. Fue un estudio descriptivo a través de una encuesta pasada en la farmacia. Los resultados



fueron que el 40% los pacientes habían tomado medicamentos para su patología antes de acudir a la farmacia, de estos el 85.6% practicaron la automedicación. El 64.4% de la automedicación fue infectiva para tratar la enfermedad y esto fue por fármaco inadecuado el 56.5%. A los 7 días de la intervención del farmacéutico respondieron la encuesta 90.8% de los pacientes. El 2.6% se automedicó y el 7.7% de los pacientes fueron derivados al médico. La satisfacción con el consejo de farmacéutico fue de un 8 o más del 89.5% de los pacientes (Seva Izquierdo I et al. 2014).

En un estudio de automedicación realizado en la comunidad valenciana durante febrero del 2009, la muestra del estudio fue 200 personas mayores de 18 años de los distintos niveles socioeconómicos, diferentes edades y sexo de la comunidad valenciana. Se llegó a la conclusión de que la proporción actual de la automedicación en la población estudiada es de 80% y la mayoría de los participantes del estudio tienen un nivel de conocimiento medio (Paris Angulo S. 2009).

Guillem Sáiz P y colaboradores, realizaron un estudio en Valencia denominado “Estudio sobre Automedicación en Población Universitaria Española” para determinar la prevalencia de automedicación en la población universitaria. La automedicación se practicó en el 90,8% de los 501 individuos que contestaron correctamente la encuesta y fue una de las mayores tasas de automedicación en España. Esta práctica fue significativamente más frecuente en mujeres. El grupo de medicamentos más frecuentemente consumido fueron los analgésicos y antiinflamatorios, fueron consumidos por el 73% de los automedicados. El sexo y los hábitos de información están asociados a la automedicación en determinados grupos de medicamentos (Guillem Sáiz P et al. 2010).

**Tabla 1: Prevalencia de la automedicación en los diferentes estudios.**

<b>Autor y año</b>	<b>Lugar</b>	<b>Ámbito</b>	<b>% Automedicación</b>
(Harakeh Steve et al. 2015)	Arabia Saudí	Universitario	49%
(Aljadhey Hisham et al. 2015)	Arabia Saudí	Farmacia	53%
(El Nimr NA et al. 2015)	Egipto	Poblacional	86,4%
(Ghaieth Mohamed F et al. 2015)	Libya	Universitario	43% y 46%
(Awad Abdelmoneim Ismail y Esraa Abdulwahid Aboud. 2015)	Kuwait	Poblacional	27,5%
(Jafari Faranak et al. 2015)	Irán	Poblacional	83%
(Sharma Ajitha et al. 2015)	India	Universitario	84,4% y 68,1%,
(Kasulkar Arti A y Gupta M. 2015)	India	Universitario	71,7%
(Ahmad Akram et al 2015)	India	Poblacional	50%
(Anyanechi CE y Saheeb BD. 2015)	Nigeria	Hospitalario	80,6%
(Zhu X et al. 2015)	China	Universitario	47,9%
(You Mi-Ae et al. 2015)	República de Corea	Poblacional	94,9%
(Italia Salvatore. 2015)	Alemania	Poblacional, Niños	41%
(Pavydé Eglé et al. 2015)	Lituania	Poblacional	31%
(Martín Pérez M et al. 2015)	España	Poblacional	75,1% y 62,3%,
(Ramay Brooke M et al. 2015)	Guatemala	Farmacia	79% y 77%
(Belkina Tatyana et al.2014)	Yemen, Arabia Saudí y Uzbekistán	Poblacional	48% en Arabia Saudí,78% en Yemen y Uzbekistán
(Foroutan B. y Foroutan R. 2014)	Irán	Poblacional	53,6%
(Patil Shivaraj B et al. 2014)	India, 2014	Universitario	88,2%
(Jorgji K et al. 2014)	Albania	Poblacional	78,1%
(Hamoen Marleen et al. 2014)	Europa	Atención Primaria	55,4% y 21,5%
(Carrasco Garrido Pilar et al. 2014)	España	Poblacional	23,7%,40%,15,1% y 6,7%
(Seva-Izquierdo I et al. 2014)	España	Farmacia	85,6%
(Napolitano Francesco et al. 2013)	Italia	Poblacional	32,7%
(Carrera Lasfuentes Patricia et al. 2013)	España	Poblacional	11,7%
(Shehnaz Syed Ilyas et al. 2013)	Emiratos Árabes Unidos	Escolar	89,2%
(Martínez Cevallos L. 2013)	Perú	Hospitalario	58%
(Shahbaz Baig. 2012)	Pakistán	Poblacional	61,2%
(Miní Elsy et al. 2011)	Perú	Gestantes	10,5%
(Jara Arévalo M et al. 2011)	Ecuador	Poblacional	69,9%

## Introducción.

---

<b>Autor y año</b>	<b>Lugar</b>	<b>Ámbito</b>	<b>% Automedicación</b>
(Guillem Sáiz P et al. 2010)	España	Universitario	90,8%
(Amaya R y Quintanilla F. 2010)	Salvador	Poblacional	59%
(Almeida Jara M. 2009)	Ecuador	Universitario	68.4%
(Moreno Y y Apablaza P. 2009)	Ecuador	Poblacional	81.5%
(Kazeem AO et al. 2009)	Nigeria,	Niños	67.7%
(Gómez O et al. 2009)	México	Farmacia	80.4%
(Paris Angulo Sandra. 2009)	España	Poblacional	80%
(Suleman S et al. 2009)	Etiopía	Poblacional	39%
(Sawair FA et al. 2009)	Jordania	Poblacional	40%
(López JJ et al. 2009)	Bogotá	Poblacional	27%
(Vacas Rodillaa E. 2008)	España	Ancianos	31.2%
(Albarran KF y Zapata LV. 2008)	Chile	Poblacional	75%
(Bastante T y De la Morena F. 2008)	España	Universitario	63%
(Yousef AMM et al. 2008)	Jordania	Poblacional	42%
(De Aquino DS. 2008)	Brasil	Poblacional	36%
(Zargarzadeh AH et al. 2008)	Irán	Poblacional	23%
(Carrasco Garrido P et al. 2008)	España	Poblacional	18%
(Awad AI y Eltayeb IB. 2007)	Países emergentes	Poblacional	60%, 80%
(Pereira FSVT et al. 2007)	Brasil	Niños y adolescentes	56%
(Carracedo Martínez E. 2006)	España	Farmacia	41%
(Nunes de Melo M et al. 2006)	Portugal	Farmacia	21,5%
(Barbero González A et al. 2006)	España	Farmacia	20%
(Barbero González A et al. 2006)	España	Poblacional	11%
(Carracedo Martínez E. 2006)	Suecia	Farmacia	0,4%
(Baos Vicente V. 2000)	España	Farmacia	25%



## 2. HIPÓTESIS.



## Hipótesis.

---

La automedicación es aquella práctica en la que los individuos adquieren y disponen de los medicamentos sin ninguna intromisión por parte del profesional, en el diagnóstico, prescripción o revisión del tratamiento. Es una práctica cada día más común entre la población que puede tener importantes implicaciones sanitarias. El fenómeno de la automedicación ha conseguido ser más complejo debido al aumento de la incidencia mundial. Esta práctica ha sido poco estudiada hasta ahora en la población española que acude a urgencias de un centro de atención primaria. Nuestro objetivo es cuantificar esta actividad y estudiar los factores asociados a la misma.

Partiendo de esta base se formuló la siguiente hipótesis:

Un porcentaje elevado de pacientes que acuden a urgencias de atención primaria toma o ha tomado un tratamiento farmacológico no prescrito por un profesional.





### **3. OBJETIVOS.**



### **3.1 OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la prevalencia de automedicación en población que acude a urgencias en un centro de atención primaria.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Comparar la prevalencia de automedicación por grupos de edad, sexo y nivel de estudios.
- Identificar los medicamentos más utilizados en automedicación (grupos terapéuticos, formas farmacéuticas, frecuencia de uso, uso correcto).
- Identificar las enfermedades y síntomas más tratados mediante la automedicación.
- Identificar los motivos y fuentes de información de la automedicación.
- Conocer la valoración del proceso asistencial en sus diferentes niveles (sistema sanitario, médico, farmacéutico) y asociarlas a la automedicación.
- Incidencia de efectos adversos por automedicación que provocan la necesidad de atención en urgencias.



## **4. MATERIAL Y MÉTODOS.**



#### **4.1 TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo, prospectivo y transversal.

Para lograr los objetivos propuestos en el estudio, se diseñó y se realizó un estudio transversal muestral de pacientes que acuden a urgencias al centro de atención primaria. Los estudios trasversales son diseños observacionales de base poblacional que normalmente están formados por un doble componente descriptivo y analítico. En primer lugar hablaremos de estudios transversales descriptivos, la finalidad de los cuales es valorar la frecuencia de una variable de interés, en una determinada población y en un momento preciso. Este tipo de estudios son convenientes para evaluar prácticas, actitudes, conocimientos y creencias de una población sobre un hecho relacionado con la Salud.

Seguidamente, hablamos de estudios transversales analíticos en ellos la exposición y la respuesta se miden simultáneamente y hace referencia a un instante determinado de tiempo que es en el que se lleva a cabo el estudio. En esta clase de estudios transversales no existe seguimiento, por lo tanto, no posibilitan conocer la secuencia temporal de los hechos. Se utilizan principalmente para conocer la prevalencia de una enfermedad, de un factor de riesgo, o de un fenómeno sanitario y/o social. Son rápidos, baratos, fáciles de repetir y no dan problemas éticos. Son muy apropiados en Planificación Sanitaria para evaluar el estado de Salud de una comunidad y diagnosticar sus problemas y/o necesidades y por tanto, el impacto sanitario y social de estas. Así mismo, son adecuados también para formular hipótesis etiológicas (Rebagliato M et al. 1996; Argimon Payas JM y Jiménez Villa J. 1999; Piédrola Gil. 2003).

En este trabajo se ha realizado un estudio transversal, con objetivo de obtener información, describiendo las diversas características de la población de estudio respecto a las diversas cuestiones propuestas en el mismo y, analizando y describiendo las relaciones entre algunas de las variables sometidas a estudio en el instante de realizar el cuestionario.

La finalidad es conseguir en un momento dado una visión global de la práctica de la automedicación entre los pacientes en urgencias de un centro de atención primaria detallando las características y factores relacionados con ella, a la vez que se detalla la práctica de la misma. Por otra parte se ha investigado la posible relación entre las diversas variables y su influencia en el hábito de la automedicación.

En consecuencia se realizó un estudio transversal de tipo muestral, entre pacientes en urgencias de un centro sanitario de atención primaria.

#### **4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.**

- Población de estudio: 804 pacientes de ambos sexos que acuden a urgencias de un centro de atención primaria.
- Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años que acuden a urgencias de un centro de atención primaria con diferentes patologías.
- Criterios de exclusión:
  - Aquellos pacientes que no quisieron entrar en el estudio.
  - Aquellos pacientes con edad inferior de 18 años.
  - Aquellos cuestionarios que no estaban correctamente cumplimentados.
- Período de estudio: Diciembre 2013 a Diciembre 2014.
- Selección de la muestra: se obtuvo de pacientes de urgencias de un centro de atención primaria mayores de edad que acudieron al servicio por cualquier motivo de salud.
- Tamaño de la muestra: el tamaño de la muestra se determinó mediante el uso del software informático Epi Info. Se partió de una población de tamaño no conocido, con un error de precisión del 5%, un intervalo de confianza del 95% y suponiendo un porcentaje de automedicación del 70%.



### 4.3 VARIABLES.

#### - Dependiente:

**Automedicación:** Variable cualitativa – nominal: SI/NO. En el estudio se determinó, si hay o no hay automedicación antes de acudir a urgencias de un centro de atención primaria considerando la presencia de ésta, cuando se haya utilizado algún medicamento sin prescripción médica.

#### -Independientes:

**Sexo:** Variable cualitativa- nominal.

Hombre/ Mujer

**Edad:** Variable cuantitativa- nominal.

**Nivel de estudios:** Variable cualitativa – nominal.

Sin estudios / Graduado escolar / BUP-FP-COU / Diplomado – Licenciado

**Motivo de consulta:** Variable cualitativa – continúa.

**RAMS:** Variable cualitativa – continúa.

**Padece alguna enfermedad crónica diagnosticada:** Variable cualitativa – nominal.

SI/NO

**Padece problemas o síntomas habituales de enfermedad leve:** Variable cualitativa – nominal.

SI/NO

**Tipo de Farmacia a la que se acude habitualmente:** Variable cualitativa – nominal.

Indistinta / La de confianza / Depende de la necesidad / La recomendada / Otras

**Por qué consume fármacos, tras algún problema de Salud:** Variable cualitativa – nominal.

Tratamiento médico agudo / Tratamiento médico crónico / Recomendación por el farmacéutico / Automedicación / Otras razones

**Con qué frecuencia toma medicamentos:** Variable cualitativa – nominal.

Nunca / Casi nunca / Algún día / Casi todos / Todos

**Qué vía de administración prefiere:** Variable cualitativa – nominal.

Oral / Inhalatoria / Tópica / Rectal / Intramuscular / Otras

**Qué forma farmacéutica le gusta más:** Variable cualitativa – nominal

Cápsulas / Colirios / Comprimidos / Cremas / Enemas / Gotas / Jarabes / Píldoras /  
Pomadas / Sobres / Supositorios / Otras

**Lee habitualmente los prospectos:** Variable cualitativa – nominal

Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre

**Le parecen claros y sencillos:** Variable cualitativa- nominal

1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

**Sabe usar habitualmente los medicamentos:** Variable cualitativa – nominal

SI / NO

**Qué ha tomado y cómo lo ha tomado:** Variable cuantitativa – continúa

Fármacos, cuales / Plantas medicinales, cuales / Remedios caseros, cuales

**Por qué acude a la farmacia a solicitar medicamentos sin receta:** Variable cualitativa – nominal

Por no ir por la receta y hacer un seguimiento terapéutico / Por consejo de algún familiar o amigo / Por consejo en la farmacia / Por tratamiento crónico / Síntomas o padecimientos más frecuentes que le hacen ir a la Farmacia / Otras

**Conoce la indicación correcta del medicamento solicitado sin prescripción facultativa:** Variable cualitativa – nominal

SI / NO

**Conoce los fármacos genéricos:** Variable cualitativa – nominal

SI / NO

**Los utiliza:** Variable cualitativa – nominal

SI / NO

**Si puede elegir, que prefiere que le dispensen:** Variable cualitativa – nominal

Especialidades farmacéuticas / Genéricos / Indistintamente

**Da consejos sobre los medicamentos que toma, a algún conocido o familiar, que presenten síntomas similares a los suyos:** Variable cualitativa – nominal

SI / NO

**Es consciente de los riesgos que se pueden derivar de un mal uso de los medicamentos** Variable cualitativa – nominal

SI / NO

**Cuál ha sido su fuente de información, a la hora de solicitar un medicamento sin receta médica:** Variable cualitativa – nominal

Médico / Farmacéutico / Otros profesionales sanitarios / Prescripción anterior / Familiares – Amigos / Prospecto / Publicidad / Otras fuentes

**Donde consiguió la medicación obtenida sin prescripción médica:** Variable cualitativa – nominal

Farmacia / Botiquín de casa / Familiares – amigos / Otros

**Ha empleado el medicamento solicitado en la Farmacia sin receta, en alguna ocasión:** Variable cualitativa – nominal

SI/NO

**Ha padecido efectos secundarios, con el medicamento dispensado sin prescripción médica:** Variable cualitativa – nominal

SI/NO

**Los notifica o comunica al médico o farmacéutico:** Variable cualitativa – nominal

SI/NO

**Que medicamentos tiene en casa y toma habitualmente, ya sea para un tratamiento agudo o crónico de enfermedad o por otros síntomas o motivos y cuál es la razón de emplearlo:** Variable cuantitativa – continúa

**Con qué asocia la toma de medicamento, con receta médica, para no olvidar tomarlos:** Variable cualitativa – nominal

Comidas / Reloj / Al irse a acostar / Al levantarse / Antes de salir de casa / Cuando le duele / Cuando llega a casa / Otras

**Por qué razón estima oportuno y adecuada la atención farmacéutica:** variable cualitativa – nominal

Conoce su historial sanitario / Es un profesional sanitario / Apoyo a lo que recomienda el médico / El farmacéutico tiene que cambiar su rol / Otros motivos

**Confía en los farmacéuticos:** Variable cualitativa – nominal

1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

**Cuál es la valoración del proceso asistencial por parte del sistema sanitario:**

Variable cualitativa – nominal

1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

**Cuál es la valoración del proceso asistencial en relación con el farmacéutico:**

Variable cualitativa – nominal

1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

**Cuando se automedica y precisa información sobre el medicamento a utilizar, cuál es la primera fuente a utilizar:** Variable cualitativa – nominal

El médico / El farmacéutico / Familiar – amigo / Prescripción anterior / Internet / Prospecto / Otras

**Que beneficios espera conseguir o percibe a la hora de tomar la decisión de automedicarse:** Variable cualitativa – nominal

Ahorrar tiempo evitando las esperas en el centro de Salud / No malgastar los recursos sanitarios ni el tiempo en problemas de fácil solución / Aprovechar mi experiencia previa y la de personas de mi entorno, para solucionar problemas menores de salud pues es garantía de curación / Menor dependencia del sistema sanitario y de sus profesionales sanitarios / Por controlar su salud y mejora el autocuidado / Otras

**Es usted selectivo a la hora de decidir que medicamentos utiliza en**

**automedicación:** Variable cualitativa – nominal

Sí, solo adquiero medicamentos que no requieran receta / Sí solo adquiero medicamentos que ya conozco, porque me los habían recetan antes / No, porque mi objetivo principal es solucionar cuanto antes mi problema de salud / No especialmente, porque si son peligrosos, no podrían venderlos / Otras

**Cuál es el motivo principal del por qué te automedicas sin acudir previamente al médico:** Variable cualitativa – nominal

Problema leve de salud / Conocimiento previo del fármaco / Difícil acceso a los servicios sanitarios / No te gusta ir al médico / Sensación de dominio del problema de salud / Falta de tiempo para ir al médico / Insistencia del padre – madre – tutores / No sabe – no contesta / Otros

#### 4.4 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

- **Instrumento:** Se realizó un cuestionario ad hoc. (ANEXO I). Fue mismo el cuestionario utilizado en la tesis “Automedicación En Universitarios” realizado en Salamanca (Florencia Carabias M. 2011), se introdujeron una serie de modificación sobre dicho cuestionario, las modificaciones fueron sobre las preguntas relacionadas con la automedicación para que concorde con los objetivos de nuestro estudio. El cuestionario se compone de 42 preguntas y con la finalidad de obtener la máxima información se emplearon formatos de preguntas variadas: preguntas de respuesta abierta, preguntas de respuesta cerrada, preguntas en las cuales se pedía una valoración gradual en las respuestas, preguntas con respuesta simple del tipo sí o no, etc. Y todo esto con el objetivo de conseguir en cada caso las respuestas que más se adaptaran a la realidad y al objetivo del estudio y procurando que la estructura del cuestionario no condicionara el resultado del estudio (Gama H et al. 2009).

Dicho cuestionario, consta de 3 partes:

- Con la primera parte del cuestionario, se pretende recoger todo lo relacionado con los datos sociodemográficos, como son: edad, sexo, nivel de estudios, motivo de consulta, por reacción alérgica a medicamento, antecedentes patológicos de interés.
- En la segunda parte del cuestionario, denominada Oficina de Farmacia, hace alusión a cuestiones básicas sobre el uso de medicamentos en general.
- Con la tercera parte del cuestionario, se recogieron los datos relacionados con el tema de estudio en cuestión (automedicación): la prevalencia de automedicación, medicamentos o remedios más utilizados y enfermedades más tratadas por automedicación, motivo de automedicación, recomendaciones recibidas, así como la obtención del medicamento y la información sobre el mismo.

-**Procedimiento:** Para la realización del estudio, pasaron el cuestionario los médicos de urgencias de un centro de atención primaria cuando entraba el paciente a la consulta de urgencias y después de la anamnesis, la exploración y el tratamiento se preguntaba al paciente si quería participar en el estudio y se pasó el cuestionario, estuvo siempre bajo la supervisión del investigador principal.

Una vez que se pasaron el número necesario de cuestionarios se pasó al análisis estadístico de los resultados.

#### **4.5 ANÁLISIS DE DATOS.**

Los datos recibidos de las encuestas se analizan utilizando el programa informático SPSS (Statistical Package for Social Science) versión 15.0 para Windows finalizados los cuestionarios de la muestra a estudio, empleando técnicas estadísticas estándar.

En una primera etapa se obtendrán los estadísticos descriptivos de las variables continuas y categóricas. Se realizarán comparaciones de medias y porcentajes de variables cualitativas y cuantitativas para conocer asociaciones entre variables. Para la estimación de diferencias de las medias entre dos grupos independientes se utilizó el test de la t de Student, previa determinación de la homogeneidad de las varianzas mediante el test de Levene. La normalidad de las variables se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov y gráficas de distribución de frecuencias.

Cuando la variable original no mostró una distribución normal, se aplicaron transformaciones matemáticas (logaritmos), para conseguir la normalidad. Para el cálculo del riesgo (Odds Ratio) de DA asociado a cada una de las variables examinadas, se utilizarán técnicas de regresión logística uní y multivariantes para el control de los posibles variables de confusión. Se consideraron significativas los niveles de  $p < 0.05$

#### **4.6 ASPECTOS ÉTICOS.**

Al ser un estudio observacional, sólo se precisó del cumplimiento de la ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, por lo que la información recogida de los pacientes fue codificada para que no pudieran ser identificados los datos con el sujeto en cuestión, y mantener así su confidencialidad. Antes de pasar el cuestionario a cada participante se le informó verbalmente en qué consistía su participación en el estudio y se pidió su consentimiento para participar en él. Una vez había aceptado, se le pasó el cuestionario.

## Material y métodos.

---

El proyecto fue aprobado por la Comisión de Investigación del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. (Anexo II), el Comité de Ética del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. (Anexo III) y por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de Clasificación de Estudios Clínicos o Epidemiológicos (Anexo IV).





## **5. RESULTADOS.**



## **5.1 CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

### **5.1.1 Aspectos generales.**

Durante el periodo de Diciembre 2013 a Diciembre 2014, se recogió una muestra de 804 individuos entre los paciente que acuden a urgencias de un centro de atención primaria. Los pacientes fueron 43.2 % hombres y 56.8 mujeres (Tabla 3). La media de edad fue  $43.6 \pm 16.9$  años con un mínimo de 18 años y un máximo de 89 años (Tabla 24). De los pacientes encuestados, 461 (57.3%) pacientes practicaron la automedicación frente a un 343 (42.7%) que no lo practicaron (Tabla 2).

El mayor número de los encuestado 41.4% tenían el graduado escolar seguido por 27.9% que tenían BUP/COU frente a un 21.4% sin estudios y un 9.3% que tenían estudios superiores (Tabla 4).

En el apartado de las alergias se observa que el 85.6% no tenían ningún tipo de alergia frente 14.4% tenían algún tipo de alergia, la mayoría presentaban alergia a la penicilina 6.8%, un 2.1% con alergias a otros fármacos y un 2% a los AINES (Tabla 5.1).

Las enfermedades crónicas más frecuentes que presentaban los paciente en el estudio fueron HTA 23.3%, Diabetes 6.5%, Dislipemia 8.7%, Osteoarticulares 1.9%, Mentales 2.9% y Asma 2.5% (Tabla 6).

Las patologías más frecuentes por las que acudieron los pacientes a urgencias, fueron 353 (43.9%) pacientes por infecciones respiratorias de las vías altas (Faringitis, Amigdalitis, resfriado común) seguido por 96 (11.9%) pacientes por enfermedades osteomusculares, por enfermedades digestivas 79 (9.8%), cutáneos 52 (6.5%), ORL 49 (6.1%) y 42 (5.2%) paciente por infecciones respiratorias de las vías bajas (Bronquitis, Traqueítis) (Tabla 7).

### **5.1.2 Automedicación.**

En el estudio Los pacientes que practicaron la automedicación fueron el 57.3% de los cuales el 42.5% fueron hombres y el 57.5% fueron mujeres .No se hallaron diferencias estadísticamente significativas  $p = 0.719$  (Tabla 3).

En nivel de estudios se observa que el mayor porcentaje de los paciente que practicaron la automedicación fueron que tenían el graduado escolar con un 44% seguido por los que tenían BUP/COU con un 28.9%. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas  $p = 0.078$  (Tabla 4).

En las alergias el 86.6% de los que realizaron la automedicación no tenían ningún tipo de alergia, frente 5.6% que presentaban alergias a la penicilina, un 2.4% presentaban alergias a los AINES y un 2.2% presentaban alergias a otros fármacos. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas  $p = 0.328$  (Tabla 5.2).

De los pacientes que presentaban enfermedades crónicas, el 60.1% de los pacientes no padecía ningún antecedente, de los cuales el 64% practicaron la automedicación, frente a los pacientes que presentaban HTA el 20.8%, diabetes 6.7%, Dislipemia 7.2 %, Osteoarticulares 1.7% y Mentales 2.2% practicaron la automedicación .No se hallaron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 6).

Las patologías más frecuentes por las que acudieron los pacientes a urgencias, fueron 353 (43.9%) pacientes por infecciones respiratorias de las vías altas (Faringitis, Resfriado común, Amigdalitis) de los cuales los que practicaron la automedicación fueron 54% seguido por 96 (11.9%) pacientes por enfermedades osteomusculares de los cual los que practicaron la automedicación fueron 10.6%, por enfermedades digestivas 79 (9.8%) de los cual los que practicaron la automedicación fueron 7.8%, cutáneos 52 (6.5%) de los cual los que practicaron la automedicación fueron 3.7%, ORL 49 (6.1%) de los cual los que practicaron la automedicación fueron 5.9% y 42 (5.2%) paciente por infecciones respiratorias de las vías bajas (Bronquitis, Traqueítis) de los cual los que practicaron la automedicación fueron 7.4% (Tabla 7).

El 56.8% de los pacientes que realizaron la automedicación acudieron a la farmacia de confianza seguido por 19.3% acudieron a la farmacia recomendada. se hallaron diferencias estadísticamente significativas  $p=0.031$  (Tabla 8).

De los pacientes que realizaron la automedicación el 57.9% de los pacientes que consumían fármacos tras algún problema de salud fue por tratamiento médico agudo, seguido por 36.2% por tratamiento médico crónico, frente 4.3 % por automedicación. se hallaron diferencias estadísticamente significativas  $p=0.0002$  (Tabla 9).

De los pacientes que se automedicaron la frecuencia de toma de medicamentos fue del 56.4% casi nunca toman medicamentos seguido por 30.6% que toman medicamentos todos los días y un 12.1% los toman algún día. se hallaron diferencias estadísticamente significativas  $p=0.022$  (Tabla 10).

De los pacientes que realizaron la automedicación el 58.4% leen a veces los prospectos, el 23.6% lo leen casi nunca y los que lo leen siempre son 1.3%. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas  $p= 0.016$  (Tabla 11).

De los pacientes que se automedicaron en una escala de puntuación del 1 al 10, La puntuación de que si los prospectos le parecen claros y sencillos fue 33.8% con 6 puntos y 31.4% con 7 puntos la media fue entre 5 y 7 puntos, a si la gran mayoría les parecía claros y sencillos los prospectos No se hallaron diferencias estadísticamente significativas  $p= 0.583$  (Tabla 12).

De los pacientes que realizaron la automedicación los que acudieron a la farmacia a solicitar medicamentos sin receta, el 32.1% fueron por consejo de algún familiar o amigo y 25.6% fueron por otros motivos (Tabla 14).

El 66.4% de los pacientes que realizaron la automedicación conocían la indicación correcta de los medicamentos (Tabla 15).

El 99.3% de los pacientes que realizaron la automedicación conocen los fármacos genéricos .Se hallaron diferencias estadísticamente significativas  $p=0.036$  (Tabla 16) y El 99.8% De los pacientes que realizaron la automedicación utilizan los fármacos genéricos. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas  $p=0.088$  (Tabla 17).

## Resultados.

---

De los pacientes que realizaron la automedicación El 59.9% no tienen preferencia o no prefieren una marca determinada a la hora de dispensación de medicamentos frente a un 34.9% que prefieren que les dispensen especialidad farmacéutica y un 5.2% que prefieren que les dispensen fármacos genéricos .Se hallaron diferencias estadísticamente significativas  $p=0.038$  (Tabla 18).

De los pacientes que realizaron la automedicación, el 37.3% de los encuestados da consejos sobre medicamento a algún familiar o conocido y el 62.7% no los da .Se hallaron diferencias estadísticamente significativas  $p=1.64e-007$  (Tabla 19).

Los pacientes que realizaron la automedicación, el 78.1% no tienen conciencia de los riesgos del mal uso de los medicamentos frente a un 21.9 % que la tienen .Se hallaron diferencias estadísticamente significativas  $p= 0.026$  (Tabla 20).

Los pacientes que realizaron la automedicación, el 62.9% sabían usar habitualmente los medicamentos .Se hallaron diferencias estadísticamente significativas  $p=0.019$  (Tabla 21).

De los pacientes que realizaron la automedicación, un 34.9% esperaron conseguir a la hora de automedicarse no malgastar los recursos sanitarios ni el tiempo en problemas de fácil solución, un 26.5% ahorrar tiempo evitando las esperas en urgencias en un centro de atención primaria y un 16.1% aplicando su experiencia y la experiencia de personas de su entorno (Tabla 22).

De los pacientes que realizaron la automedicación la mayoría son selectivos a la hora de decidir que medicamentos utiliza en la automedicación un 62.2% solo adquieren fármacos que ya conocen por que los habían recetado antes, frente a un 26.2 % que no son selectivos por que su objetivo principal es solucionar el problema cuanto antes (Tabla 23).

## 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

### 1.1 AUTOMEDICACIÓN.

Características	Nº de pacientes	Porcentaje
Si	461	57.3%
No	343	42.7%
<b>Total</b>	<b>804</b>	<b>100%</b>

Tabla 2: Prevalencia de automedicación en la muestra.

### 1.2 SEXO.

Características		Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
			Si	No	
Sexo	Hombre	347 (43.2%)	196 (42.5%)	151 (44%)	p=0.719
	Mujer	457 (56.8%)	265 (57.5%)	192 (56%)	
	<b>Total</b>	<b>804 (100%)</b>	<b>461 (100%)</b>	<b>343 (100%)</b>	

Tabla 3: Distribución de la automedicación en la muestra según sexo.

### 1.3 NIVEL DE ESTUDIOS.

Características		Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
			Si	No	
Nivel de estudios	Sin estudios	172 (21.4%)	86 (18.7%)	86 (25.1%)	p=0.078
	Graduado escolar	333 (41.4%)	203 (44%)	130 (37.9%)	
	BUP/COU	244 (27.9%)	133 (28.9%)	91 (26.5%)	
	Diplomado/licenciado	75 (9.3%)	39 (8.4%)	36 (10.5%)	
	Total	804 (100%)	461 (100%)	343 (100%)	

**Tabla 4: Distribución de la automedicación en la muestra según nivel de estudios.**



### 1.4 INCIDENCIA DE ALERGIAS.

Tipo de alergia	Número	Porcentaje
Ninguna	688	85.6%
Penicilina	55	6.8%
Varios fármacos	12	1.5%
Aines	16	2%
Quinolonas	3	0.4%
Analgésicos	12	1.5%
Sulfamidas	1	0.1%
Otras	17	2.1%
<b>Total</b>	<b>804</b>	<b>100%</b>

Tabla 5.1: Distribución de las alergias entre los participantes.

Características		Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
			Si	No	
Alergias	Ninguna	688 (85.6%)	399 (86.6%)	289 (84.3%)	p=0.328
	Penicilina	55 (6.8%)	26 (5.6%)	29 (8.5%)	
	Varios fármacos	12 (1.5%)	5 (1%)	7 (2%)	
	AINES	16 (2%)	11 (2.4%)	5 (1.5%)	
	Quinolonas	3 (0.4%)	3 (0.7%)	0 (0%)	
	Analgésicos	12 (1.5%)	7 (1.5%)	5 (1.4%)	
	Sulfamidas	1 (0.1%)	0 (0%)	1 (0.3%)	
	Otras	17 (2.1%)	10 (2.2%)	7 (2%)	
	<b>Total</b>	<b>804 (100%)</b>	<b>461 (100%)</b>	<b>343 (100%)</b>	

Tabla 5.2: Distribución de la automedicación en la muestra según tipos de alergias.

## 1.5 PATOLOGÍAS CRÓNICAS.

Características		Total	Automedicacion		Chi-cuadrado de Pearson
			Si	No	
Padece alguna enfermedad crónica diagnosticada	Sin antecedentes	483 (60.1%)	295 (64%)	188 (54.8)	p=0.339
	HTA	187 (23.3%)	96 (20.8%)	91 (26.5%)	p=0.063
	Diabetes	52 (6.5%)	31 (6.7%)	21 (6.1%)	p=0.773
	Dislipemia	70 (8.7%)	33 (7.2%)	37 (10.8)	p=0.077
	Mentales	23 (2.9%)	10 (2.2%)	13 (3.8%)	p=0.202
	Osteoarticulares	15 (1.9%)	8 (1.7%)	7 (2%)	p=0.796
	Cardiovasculares	9 (1.1%)	3 (0.7%)	6 (1.7%)	p=0.181
	Tiroides	6 (0.7%)	3 (0.7%)	3 (0.9%)	p=0.704
	Osteoporosis	7 (0.9%)	2 (0.4%)	5 (1.5%)	p=0.143
	EPOC	1 (0.1%)	0 (0%)	1 (0.3%)	p=0.427
	Cancer	2 (0.2%)	1 (0.2%)	1 (0.3%)	p=1
	Alzheimer	1 (0.1%)	0 (0%)	1 (0.3%)	p=0.427
	Asma	20 (2.5%)	11 (2.4%)	9 (2.6%)	p=0.823

**Tabla 6: Distribución de la automedicación en la muestra según patologías crónicas más importantes.**

## 1.6 MOTIVO DE CONSULTA.

Características		Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
			Si	No	
Motivo de consulta	IRS	353 (43.9%)	249 (54%)	104 (30.3%)	p= 1.5e-013
	IR bajas	42 (5.2%)	34 (7.4%)	8 (2.3%)	
	Cutáneas/Dermatológicas	52 (6.5%)	17 (3.7%)	35 (10.2%)	
	Urológicas/Ginecológicas	40 (5%)	10 (2.2%)	30 (8.7%)	
	ORL	49 (6.1%)	27 (5.9%)	22 (6.4%)	
	HTA	29 (3.6%)	10 (2.2%)	19 (5.5%)	
	Digestivas	79 (9.8%)	36 (7.8%)	43 (12.6%)	
	MEG, Fiebre	8 (1%)	7 (1.5%)	1 (0.3%)	
	Diabetes	2 (0.3%)	1 (0.2%)	1 (0.3%)	
	Osteomusculares, Traumatológicas	96 (11.9%)	49 (10.6%)	47 (13.7%)	
	Neurológicas	21 (2.6%)	6 (1.3%)	15 (4.4%)	
	Oculares, Oftalmológicas	16 (2%)	7 (1.5%)	9 (2.6%)	
	Psiquiátricas	11 (1.4%)	6 (1.3%)	5 (1.5%)	
	Cardiacas	6 (0.7%)	2 (0.4%)	4 (1.2%)	
<b>Total</b>	<b>804 (100%)</b>	<b>461 (100%)</b>	<b>343 (100%)</b>		

Tabla 7: Distribución de la automedicación en la muestra según motivo de consulta.

### **5.1.3 Ambiente sanitario.**

El 59.3% de los pacientes encuestados acudieron a la farmacia de confianza para dispensarse de medicamentos (Tabla 8).

El 56.5% de los pacientes que consumían fármacos tras algún problema de salud fue por tratamiento médico agudo seguido por 39.9% por tratamiento médico crónico frente 2.5% por automedicación (Figura 1).

Se observa que el 53.7% de los pacientes casi nunca toman fármacos frente al 34.8% de los pacientes toman fármacos todos los días (Figura 2).

La mayoría de los pacientes el 62.1% leen a veces los prospectos y el 19.8% casi nunca lo leen (Tabla 11).

En una escala de puntuación del 1 al 10, La puntuación de que si los prospectos le parecen claros y sencillos fue, el 34.3% 6 puntos y 31.5% 7 puntos la media fue entre 5 y 7 puntos, a si la gran mayoría les parecía claros y sencillos los prospectos (Tabla 12).

El 66.3% de los encuestados sabían usar habitualmente los medicamentos (Tabla 13).

Se observa que 98.5% de los pacientes conocen los fármacos genéricos (Tabla 16) y el 99.2% de los pacientes utilizan los fármacos genéricos (Tabla 17).

El 55.8% de los pacientes no tienen preferencia o no prefieren una marca determinada a la hora de dispensación de medicamentos frente a un 38% que prefieren que les dispensen especialidad farmacéutica y un 6 % que prefieren que les dispensen fármacos genéricos (Tabla 18).

Se observa que 30.1% de los encuestados da consejos sobre medicamento a algún familiar o conocido y 69.9% no los da (Tabla 19).

El 75.2 % no tienen conciencia de los riesgos del mal uso de los medicamentos frente a un 24.8% que si la tienen (Tabla 20).

El 66.3% sabían usar habitualmente los medicamentos (Tabla 21).

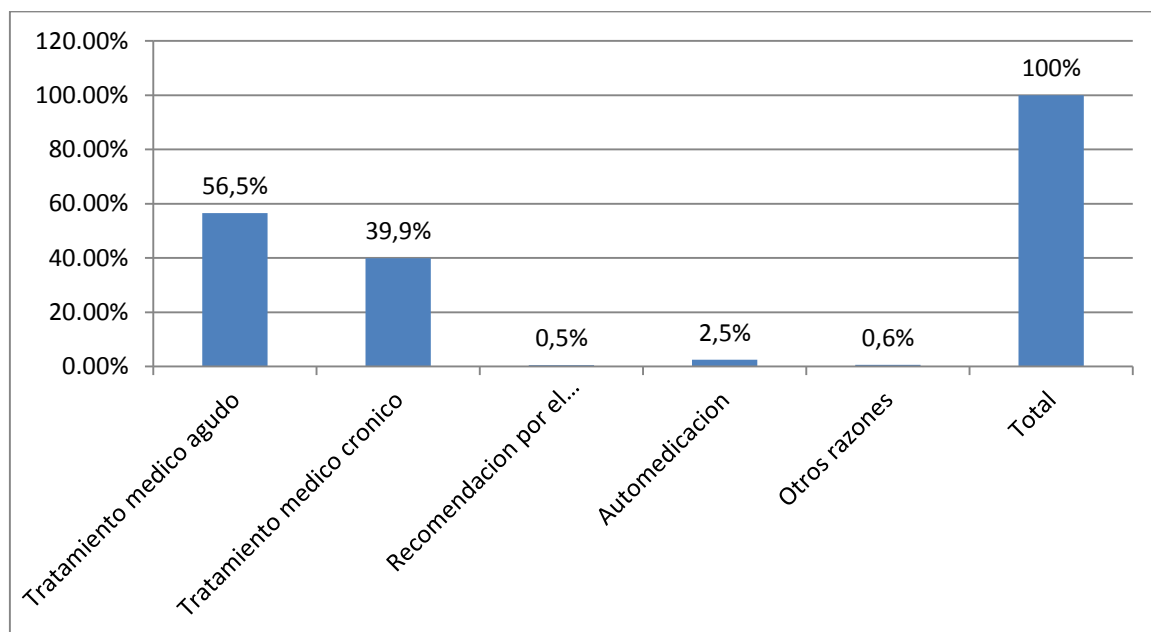
## 2. AMBIENTE SANITARIO.

### 2.1 TIPO DE FARMACIA A LA QUE ACUDE HABITUALMENTE.

Tipo de farmacia	Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
		Si	No	
<b>Indistinta</b>	121 (15%)	63 (13.7%)	58 (16.9%)	p=0.031
<b>La de confianza</b>	477 (59.3%)	262 (56.8%)	215 (62.7%)	
<b>Depende de la necesidad</b>	71 (8.8%)	47 (10.2%)	24 (7%)	
<b>La recomendada</b>	135 (16.8%)	89 (19.3%)	46 (13.4%)	
<b>Total</b>	804 (100%)	461 (100%)	343 (100%)	

**Tabla 8: Distribución de la automedicación en la muestra según tipo de farmacia.**

## 2.2 MOTIVOS DE CONSUMO DE FARMACOS TRAS ALGUNA ENFERMEDAD.



**Figura 1: Distribución de la muestra según motivo de consumo de fármacos tras alguna enfermedad.**

Características	Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
		Si	No	
Tratamiento médico agudo	454 (56.5%)	267 (57.9%)	187 (54.5%)	p=0.0002
Tratamiento médico crónico	321 (39.9%)	167 (36.2%)	154 (44.9%)	
Recomendación por el farmacéutico	4 (0.5%)	4 (0.9%)	0 (0%)	
Automedicación	20 (2.5%)	20 (4.3%)	0 (0%)	
Otros razones	5 (0.6%)	3 (0.7%)	2 (0.6%)	
<b>Total</b>	<b>804 (100%)</b>	<b>461 (100%)</b>	<b>343 (100%)</b>	

**Tabla 9: Distribución de la automedicación en la muestra según motivo de consumo de fármacos tras alguna enfermedad.**

### 2.3 FRECUENCIA DE TOMA MEDICAMENTOS.

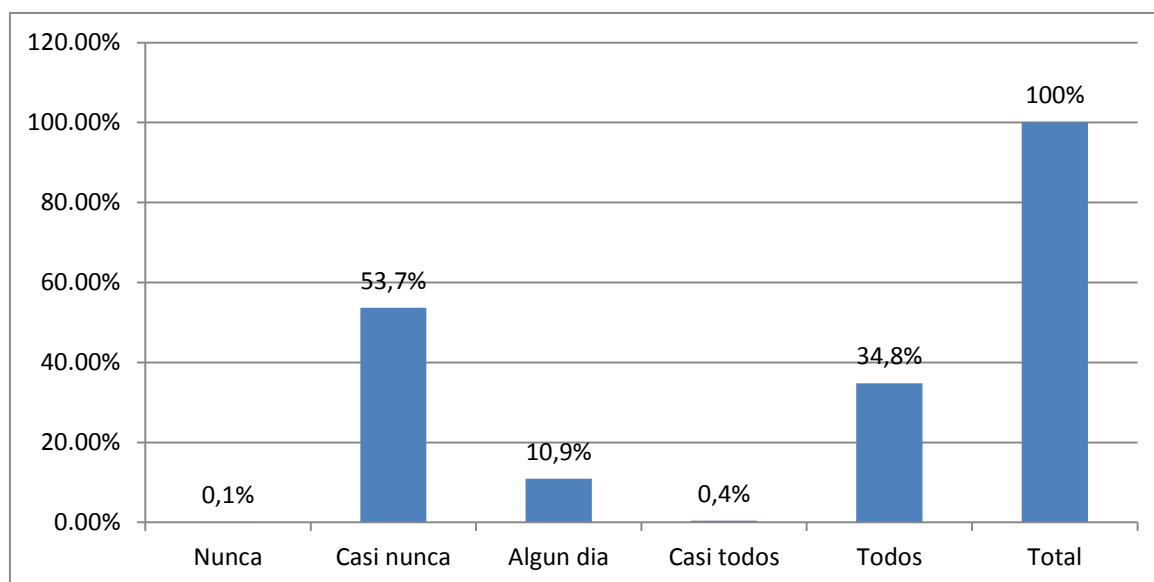


Figura 2: Distribución de la muestra según frecuencia de toma medicamentos.

Características	Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
		Si	No	
Nunca	1 (0.1%)	1 (0.2%)	0 (0%)	p=0.022
Casi nunca	432 (53.7%)	260 (56.4%)	172 (50.1%)	
Algún día	88 (10.9%)	56 (12.1%)	32 (9.3%)	
Casi todos	3 (0.4%)	3 (0.7%)	0 (0%)	
Todos	280 (34.8%)	141 (30.6%)	139 (40.5%)	
Total	804 (100%)	461 (100%)	343 (100%)	

Tabla 10: Distribución de la automedicación en la muestra según frecuencia de toma medicamentos.

## 2.4 FRECUENCIA DE LEER LOS PROSPECTOS.

Características	Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
		Si	No	
<b>Nunca</b>	8 (1%)	3 (0.7%)	5 (1.5%)	p=0.016
<b>Casi nunca</b>	159 (19.8%)	109 (23.6%)	50 (14.6%)	
<b>A veces</b>	499 (62.1%)	269 (58.4%)	230 (67.3%)	
<b>Casi siempre</b>	128 (15.9%)	74 (16.1%)	54 (15.8%)	
<b>Siempre</b>	9 (1.1%)	6 (1.3%)	3 (0.9%)	
<b>Total</b>	803 (100%)	461 (100%)	342 (100%)	

(\*) No se registró un dato de la muestra.

**Tabla 11: Distribución de la automedicación en la muestra según frecuencia de leer los prospectos.**



## 2.5 LE PARECEN LOS PROSPECTOS CLAROS Y SENCILLOS.

Características	Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
		Si	No	
1	2 (0.3%)	1 (0.2%)	1 (0.3%)	p=0.583
3	1 (0.1%)	0 (0%)	1 (0.3%)	
4	23 (2.9%)	16 (3.5%)	7 (2.1%)	
5	122 (15.3%)	77 (16.8%)	45 (13.3%)	
6	274 (34.3%)	155 (33.8%)	119 (35.1%)	
7	251 (31.5%)	144 (31.4%)	107 (31.6%)	
8	109 (13.7%)	58 (12.6%)	51 (15%)	
9	16 (2%)	8 (1.7%)	8 (2.4%)	
Total	798 (100%)	459 (100%)	339 (100%)	

(\*) No se registraron 6 datos de la muestra.

**Tabla 12: Distribución de la automedicación en la muestra según escala numérica de claridad de los prospectos.**

## 2.6 SABE USAR HABITUALMENTE LOS MEDICAMENTOS.

Características	Nº de pacientes	Porcentaje
<b>Si</b>	533	66.3%
<b>No</b>	271	33.7%
<b>Total</b>	804	100%

Tabla 13: Distribución de la muestra según conocimiento de uso de los medicamentos.

## 2.7 MOTIVOS DE SOLICITAR MEDICAMENTOS SIN RECETA.

Características	Nº de pacientes	Porcentaje
<b>Por no ir por la receta y hacer un seguimiento terapéutico</b>	42	9.1%
<b>Por consejo de algún familiar o amigo</b>	148	32.1%
<b>Por consejo en la farmacia</b>	40	8.7%
<b>Por tratamiento crónico</b>	5	1%
<b>Síntomas o padecimientos más frecuentes que le hacen ir a la Farmacia</b>	87	18.9%
<b>Otras</b>	118	25.6%
<b>Datos no registrados</b>	21	4.6%
<b>Total</b>	461	100%

Tabla 14: Distribución de la automedicación en la muestra según motivos de solicitar medicamentos sin receta.

## 2.8 CONOCE LA INDICACIÓN CORRECTA DE LOS MEDICAMENTOS.

Características	Nº de pacientes	Porcentaje
Si	306	66.4%
No	122	26.5%
Datos no registrados	33	7.1%
<b>Total</b>	461	100%

Tabla 15: Distribución de la automedicación en la muestra según conocimientos de la indicación correcta de los medicamentos.

## 2.9 CONOCE LOS FÁRMACOS GENÉRICOS.

Características	Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
		Si	No	
Si	792 (98.5%)	458 (99.3%)	334 (97.4%)	p=0.036
No	12 (1.5%)	3 (0.7%)	9 (2.6%)	
<b>Total</b>	804 (100%)	461 (100%)	343 (100%)	

Tabla 16: Distribución de la automedicación en la muestra según conocimiento de los fármacos genéricos.

## 2.10 UTILIZA LOS FÁRMACOS GENÉRICOS.

Características	Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
		Si	No	
<b>Si</b>	790 (99.2%)	458 (99.8%)	332 (98.5%)	p=0.088
<b>No</b>	6 (0.8%)	1 (0.2%)	5 (1.5%)	
<b>Total</b>	796 (100%)	459 (100%)	337 (100%)	

(\*) No se registraron 8 datos de la muestra.

**Tabla 17: Distribución de la automedicación en la muestra según uso de los fármacos genéricos.**

## 2.11 SI PUEDES ELEGIR QUE PREFIERES QUE LE DISPENSEN.

Características	Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
		Si	No	
<b>Especialidades farmacéuticas</b>	304 (38%)	161 (34.9%)	143 (42.1%)	p=0.038
<b>Genéricos</b>	48 (6%)	24 (5.2%)	24 (7.1%)	
<b>Indistintamente</b>	449 (56%)	276 (59.9%)	173 (50.9%)	
<b>Total</b>	801 (100%)	461 (100%)	340 (100%)	

(\*) No se registraron 3 datos de la muestra.

**Tabla 18: Distribución de la automedicación en la muestra según preferencia de tipos de medicamentos.**

## 2.12 DA CONSEJOS SOBRE MEDICAMENTOS QUE TOMA A ALGÚN CONOCIDO O FAMILIAR.

Características	Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
		Si	No	
<b>Si</b>	241 (30.1%)	172 (37.3%)	69 (20.3%)	p=1.64e-007
<b>No</b>	560 (69.9%)	289 (62.7%)	271 (79.7%)	
<b>Total</b>	801 (100%)	461 (100%)	340 (100%)	

(\*) No se registraron 3 datos de la muestra.

**Tabla 19: Distribución de la automedicación en la muestra según aconsejar sobre medicamentos a conocidos y familiares.**

## 2.13 CONOCIMIENTOS DE LOS RIESGOS DEL MAL USO DE LOS MEDICAMENTOS.

Características	Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
		Si	No	
<b>Si</b>	199 (24.8%)	101 (21.9%)	98 (28.8%)	p=0.026
<b>No</b>	602 (75.2%)	360 (78.1%)	242 (71.2%)	
<b>Total</b>	801 (100%)	461 (100%)	340 (100%)	

(\*) No se registraron 3 datos de la muestra.

**Tabla 20: Distribución de los conocimientos de los riesgos del mal uso de los medicamentos en la automedicación.**

## 2.14 SABE USAR HABITUALMENTE LOS MEDICAMENTOS.

Características	Total	Automedicación		Chi-cuadrado de Pearson
		Si	No	
<b>Si</b>	533 (66.3%)	290 (62.9%)	243 (70.8%)	p=0.019
<b>No</b>	271 (33.7%)	171 (37.1%)	100 (29.2%)	
<b>Total</b>	804 (100%)	461 (100%)	343 (100%)	

**Tabla 21: Distribución del conocimiento del uso de los medicamentos en la automedicación.**

## 2.15 BENEFICIOS ESPERADOS DE LA AUTOMEDICACIÓN POR LOS PACIENTES.

Características	Nº de pacientes	Porcentaje
Ahorrar tiempo evitando las esperas en el centro de salud.	122	26.5%
No malgastar los recursos sanitarios ni el tiempo en problemas de fácil solución.	161	34.9%
Aprovechar mi experiencia previa y la de personas de mi entorno, para solucionar problemas menores de salud pues es garantía de curación.	74	16.1%
Menor dependencia del sistema sanitario y de sus profesionales sanitarios.	37	8%
Por controlar su Salud y mejora el autocuidado.	14	3%
Otras	26	5.6%
Datos no registrados	27	5.9%
<b>Total</b>	<b>461</b>	<b>100%</b>

Tabla 22: Distribución de los beneficios esperados de la automedicación.

## 2.16 ES SELECTIVO A LA HORA DE DECIDIR QUE MEDICAMENTOS UTILIZA EN LA AUTOMEDICACIÓN.

Características	Nº de pacientes	Porcentaje
Sí, solo adquiero medicamentos que no requieren receta.	16	3.5%
Sí, solo adquiero medicamentos que ya conozco, porque me los habían recetado antes.	287	62.2%
No, porque mi objetivo principal es solucionar cuanto antes mi problema de salud.	121	26.2%
No especialmente, porque si son peligrosos, no podrían venderlos.	5	1.1%
Otras	5	1.1%
Datos no registrados	27	5.9%
<b>Total</b>	<b>461</b>	<b>100%</b>

**Tabla 23: Distribución de selección de los medicamentos utilizados en la automedicación.**



## **5.2 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE LA AUTOMEDICACIÓN.**

La media de edad fue  $43.58 \pm 16.934$  años con un mínimo de 18 años y un máximo de 89 años de los que practicaron la automedicación y la media y la media de edad fue  $46.16 \pm 19.015$  años con un mínimo de 18 años y un máximo de 87 años, de los que no practicaron la automedicación .Se observan diferencias estadísticamente significativas  $p=0.043$  (Tabla 24).

Los fármacos más utilizados en la automedicación fueron los AINES y los Analgésicos en el 65.9% de los pacientes, de los AINES, el más utilizados fue el ibuprofeno, y de los Analgésicos, fue el paracetamol, se observan diferencias estadísticamente significativas  $p=4.4e-081$ , el 13.7% utilizaron antitusígenos y expectorantes, los antitusígenos más utilizados fueron Cloperastina fendizoato (Flutox) y codeína (Toseina) y los expectorantes más utilizados fueron el hidrocloreuro de ambroxol (Mucosan) y el Acetilcisteína (flumil), se observan diferencias estadísticamente significativas  $p=2.4e-015$ , un 7.6% utilizaron descongestivos destaca sobre todo la mepiramina acefilinato (fluidasa) , se observan diferencias estadísticamente significativas  $p=2.9e-009$  , un 3.9% utilizaron antibióticos destaca la amoxicilina y la amoxicilina, ácido clavulinico (Augmentine), se observan diferencias estadísticamente significativas  $p=4.3e-005$  y un 4.1% utilizaron otros fármacos , se observan diferencias estadísticamente significativas  $p=2.4e-005$  (Tabla 25).

El 64.9% de los paciente aplicaron una posología correcta a la hora de automedicarse (Figura 3).

La mayor fuentes de información a la hora de solicitar medicamentos sin receta, fueron familiares y amigos con un 31.7% seguida por el medico con un 15.8% seguida por prescripciones anteriores con un 14% y un 13.4 por otras fuentes. NO se observan diferencias estadísticamente significativas  $p= 0.678$  (Figura 4).

La mayoría de los pacientes 67% consiguieron la medicación en el botiquín de casa y un 20.8% lo consiguieron en la farmacia. NO se observan diferencias estadísticamente significativas  $p=0.938$  (Figura 5).

Un 1.7% (8 pacientes) han padecido efectos secundarios con los medicamentos sin receta, los medicamentos implicados fueron Cloperastina fendizoato (Flutox), Ibuprofeno y la amoxicilina, ácido-clavulinico (Augmentine). Se observan diferencias estadísticamente significativas  $p=0.0003$  (Figura 6).

La primera fuente de información a utilizar para la automedicación fueron familiares y amigos con un 29.3% seguido por prescripciones anteriores con un 24.5 % y un 13.2% el medico (Figura 7).

De los motivos principales de la automedicación, la mayoría fue por problemas leves de salud con un 37.7%, seguido por conocimiento previo del fármaco con un 20.4%, un 16.1% por falta de tiempo para ir al médico y un 8.2% por que no les gusta ir al médico (Figura 8).

La media de la valoración del proceso asistencial por el sistema sanitario fue de  $6.64 \pm 0.849$  con un mínimo de 5 puntos y un máximo de 9 puntos de los pacientes que realizaron la automedicación y la media de los pacientes que no realizaron la automedicación fue  $6.73 \pm 0.880$  con un mínimo de 5 puntos y un máximo de 9 puntos. No se observan diferencias estadísticamente significativas  $p=0.133$  (Tabla 26).

La media de la valoración del proceso asistencial por el farmacéutico fue de  $6.79 \pm 0.916$  con un mínimo de 5 puntos y un máximo de 9 puntos de los pacientes que realizaron la automedicación y la media de los pacientes que no realizaron la automedicación fue  $6.97 \pm 0.968$  con un mínimo de 5 puntos y un máximo de 9 puntos. Se observan diferencias estadísticamente significativas  $p=0.007$  (Tabla 27).

La media de la valoración del proceso asistencial por parte del médico fue de  $7.31 \pm 1.017$  con un mínimo de 5 puntos y un máximo de 10 puntos de los pacientes que realizaron la automedicación y la media de los pacientes que no realizaron la automedicación fue  $7.64 \pm 1.033$  con un mínimo de 5 puntos y un máximo de 10 puntos. No se observan diferencias estadísticamente significativas  $P = 8.6153e-6$  (Tabla 28).

### 3. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE LA AUTOMEDICACIÓN.

#### 3.1 MEDIA DE EDAD EN LA AUTOMEDICACIÓN.

Características	N° de pacientes	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	Chi-cuadrado de Pearson
				Límite inferior	Límite superior			
Si	461	43.58	16.934	42.03	45.13	18	89	p=0.043
No	343	46.16	19.015	44.14	48.18	18	87	
Total	804	44.68	17.885	43.44	45.92	18	89	

Tabla 24: Descriptivo de la edad en la automedicación.

### 3.2 RELACIÓN DE FÁRMACOS EN LA AUTOMEDICACIÓN.

Fármacos	Número	%automedicación	Chi-cuadrado de Pearson
AINES y Analgésicos	304	65.9%	P=4.4e-081
Antibióticos	18	3.9%	P=4.3e-005
Ansiolíticos	8	1.7%	P=0.012
Antitusígenos Expectorantes	63	13.7%	P=2.4e-015
Anti-Hipertensivos	3	0.7%	P=0.265
Descongestivos	35	7.6%	P=2.9e-009
Tópicos	2	4.8%	P=6.4e-006
Digestivos	13	2.8%	P=0.001
Otros fármacos	19	4.1%	P=2.4e-005

Tabla 25: Distribución de los grupos terapéuticos más utilizados en la automedicación.

### 3.3 POSOLOGÍA.

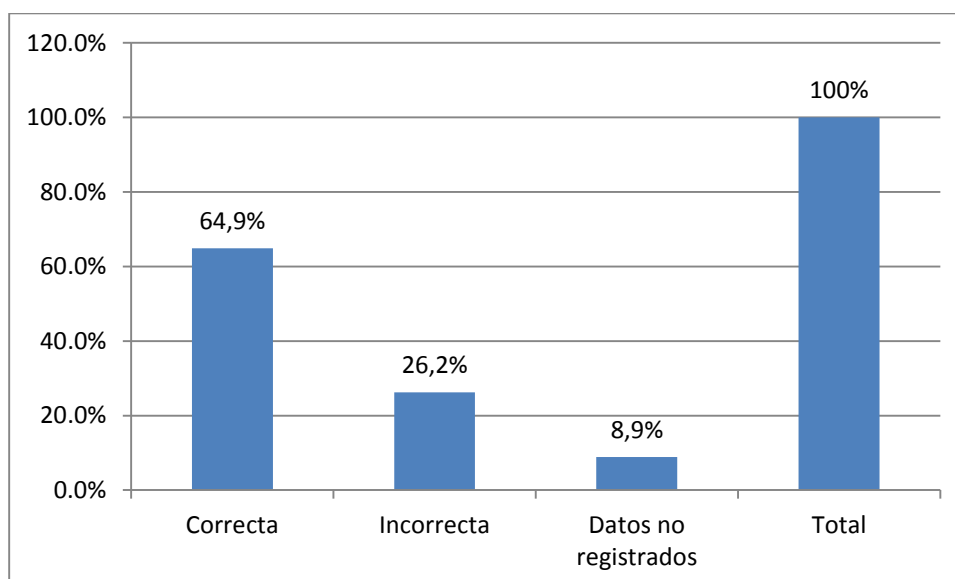
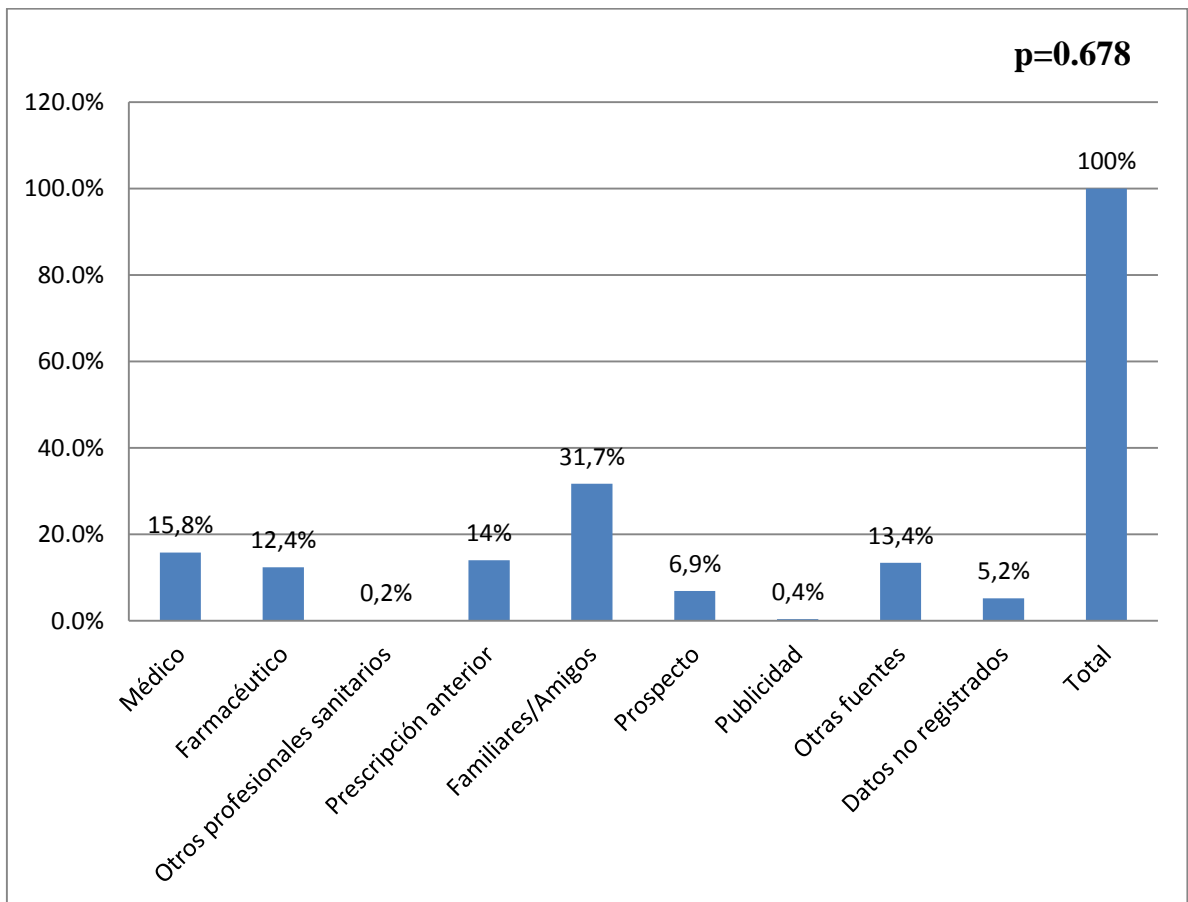


Figura 3: Distribución de la posología correcta en la automedicación.

### 3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN PARA SOLICITAR MEDICAMENTOS PARA LA AUTOMEDICACIÓN.



**Figura 4: Distribución de fuentes de información para solicitar los medicamentos en la automedicación.**

### 3.5 DONDE CONSIGUIÓ LA MEDICACIÓN.

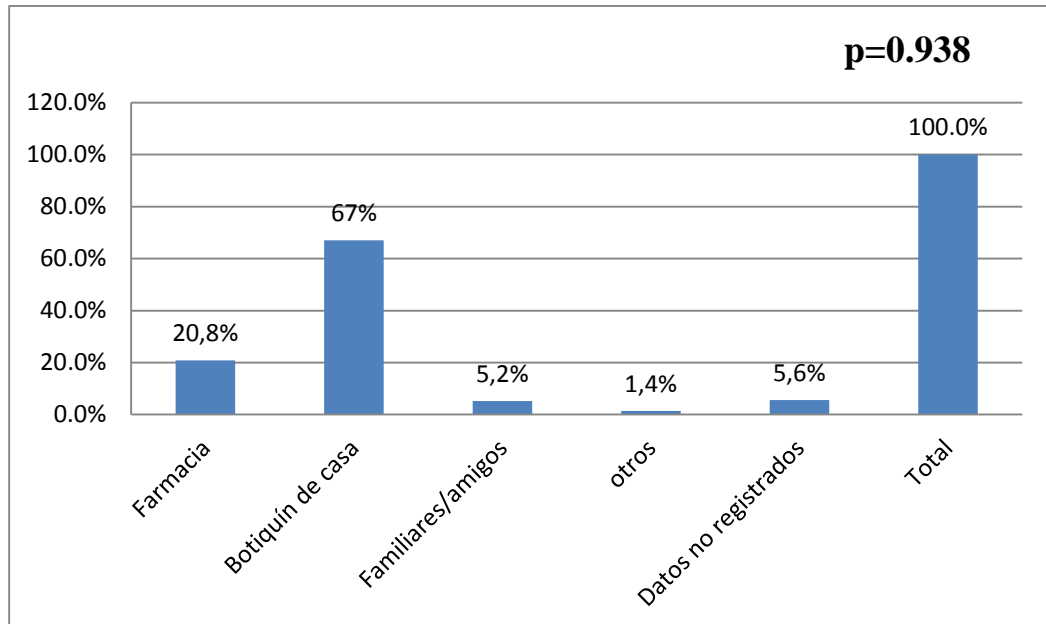


Figura 5: Distribución de dónde consiguió la medicación en los automedicados.

### 3.6 EFECTOS ADVERSOS.

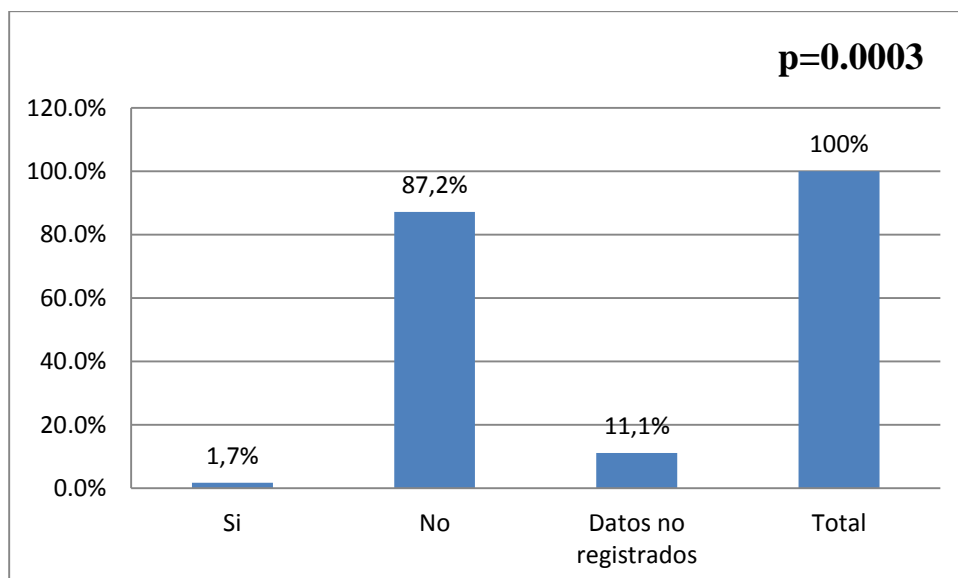
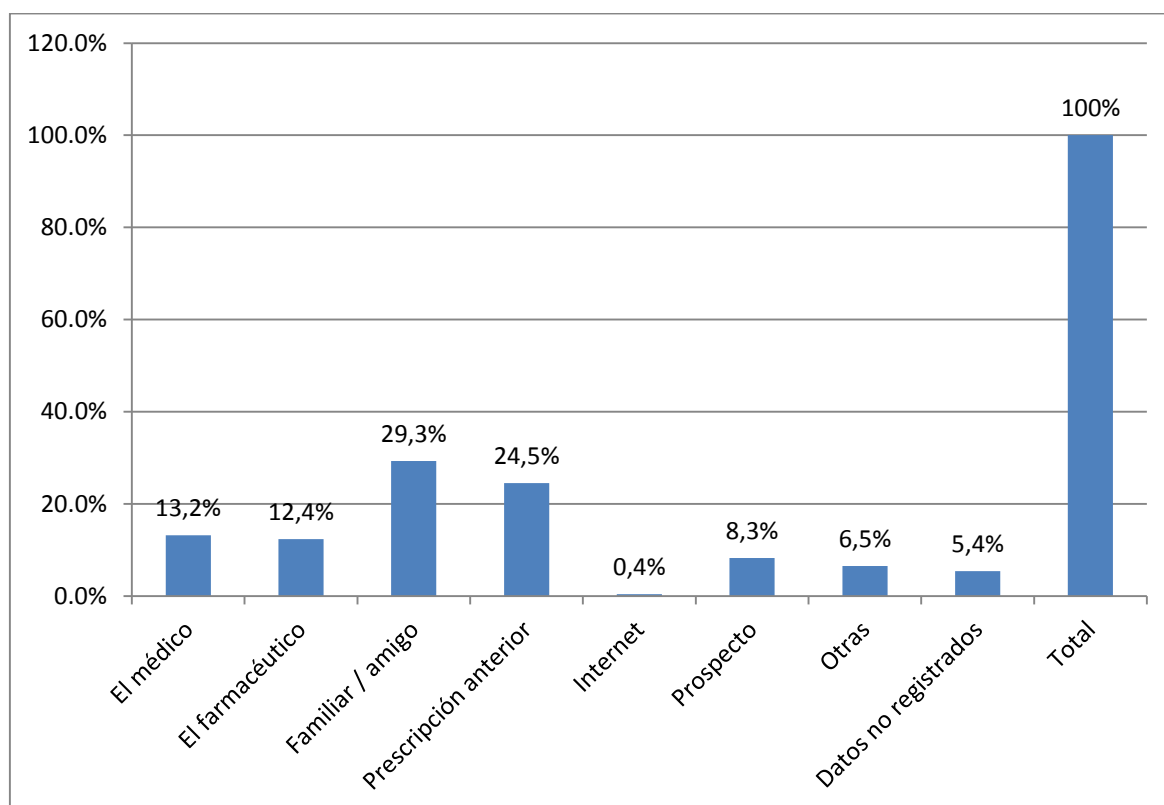


Figura 6: Distribución de los efectos adversos de la automedicación.

### 3.7 FUENTES DE INFORMACIÓN PARA USAR LOS MEDICAMENTOS EN LA AUTOMEDICACIÓN.



**Figura 7 :Distribución de fuentes de información para usar los medicamentos en la automedicación.**

### 3.8 MOTIVOS PRINCIPAL DE AUTOMEDICACIÓN.

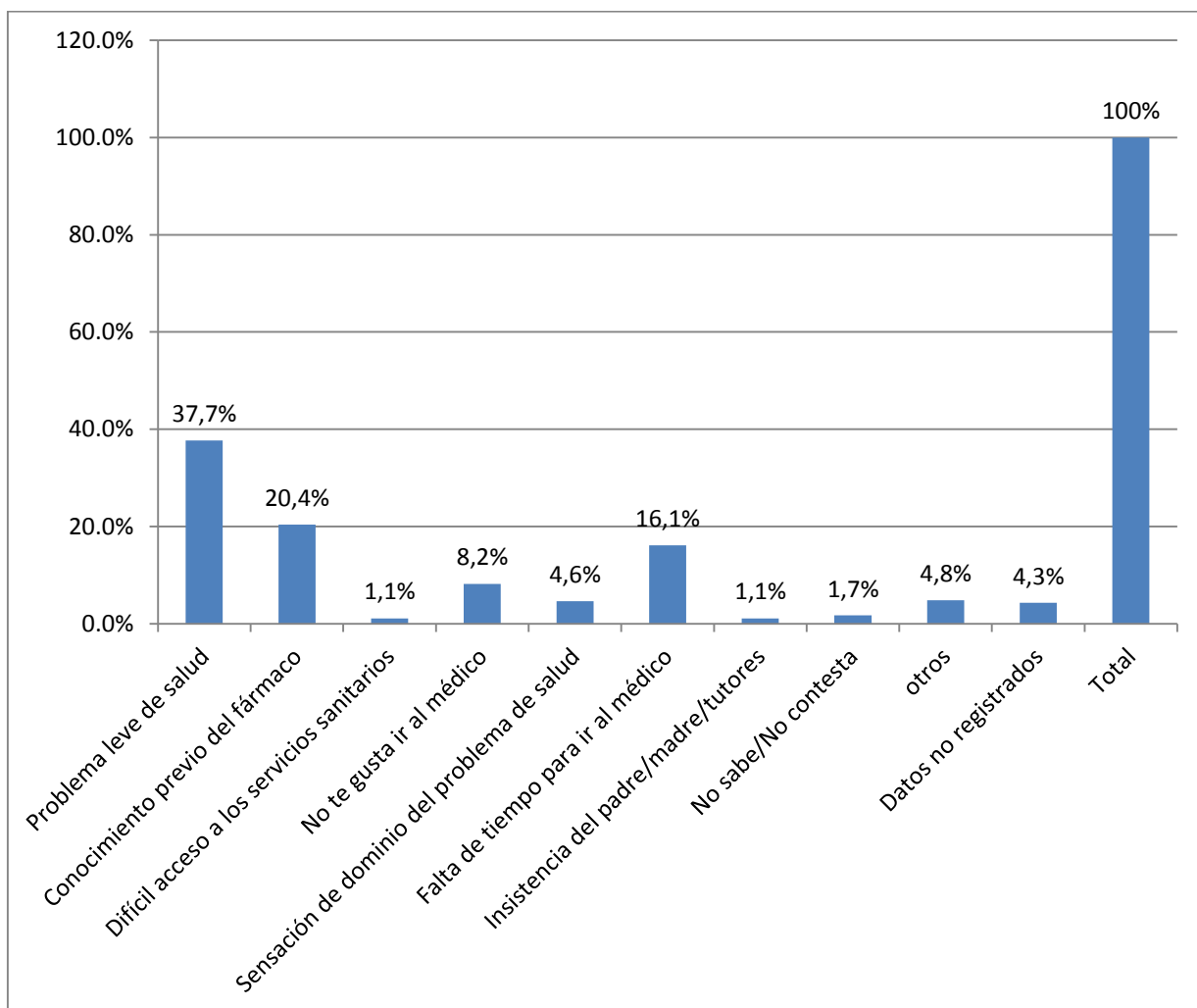


Figura 8: Distribución del motivo principal que justificaba la automedicación.



### 3.9 VALORACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO.

Características	Nº de pacientes	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	Chi-cuadrado de Pearson
				Límite inferior	Límite superior			
Si	461	6.64	0.849	6.56	6.72	5	9	p=0.133
No	343	6.73	0.880	6.64	6.83	5	9	
Total	804	6.68	0.863	6.62	6.74	5	9	

Tabla 26: Descriptivo de la valoración del sistema sanitario en la automedicación.

### 3.10 VALORACIÓN DEL FARMACÉUTICO.

Características	Nº de pacientes	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	Chi-cuadrado de Pearson
				Límite inferior	Límite superior			
Si	461	6.79	0.916	6.71	6.88	5	9	p=0.007
No	343	6.97	0.968	6.87	7.08	5	9	
Total	804	6.87	0.942	6.80	6.93	5	9	

Tabla 27: Descriptivo de la valoración del farmacéutico en la automedicación.

### 3.11 VALORACIÓN DEL MÉDICO.

Características	Nº de pacientes	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	Chi-cuadrado de Pearson
				Límite inferior	Límite superior			
Si	461	7.31	1.017	7.22	7.41	5	10	p=8.6153e-6
No	343	7.64	1.033	7.53	7.75	5	10	
Total	804	7.45	1.036	7.38	7.53	5	10	

Tabla 28: Descriptivo de la valoración del médico en la automedicación.

### **5.3 FACTORES RELACIONADOS CON AL AUTOMEDICACIÓN.**

Se realizó un análisis de regresión logística para identificar las relaciones entre las distintas variables. Se analizó la automedicación con las distintas variables de forma separada, de uno en uno para identificar los factores que influyen en la automedicación y se calculó el riesgo bruto (tabla 29), y se realizó un análisis de la automedicación con las distintas variables en conjunto para calcular el riesgo ajustado (Tabla 30). Se obtuvieron los siguientes resultados.

Al analizar el riesgo de la automedicación según las siguientes variables que se detallan a continuación, no se observaron diferencias estadísticamente significativas según el análisis bruto.

Según sexo, OR=0.94: IC 95% (0.71-1.25);  $p=0.670$  (Tabla 29).

Según nivel de estudios, OR=0.94: IC 95% (0.81-1.10);  $p=0.465$  (Tabla 29).

Según tipo de alergia, OR=0.1: IC 95% (0.91-1.1);  $p=0.950$  (Tabla 29).

Según lee habitualmente los prospectos, OR=1.15: IC 95% (0.93-1.42);  $p=0.185$  (Tabla 29).

Según Le parecen los prospectos claros y sencillos, OR=1.10: IC 95% (0.97-1.26);  $p=0.130$  (Tabla 29).

Según Utiliza los fármacos genéricos, OR=6.90: IC 95% (0.80-59.31);  $p=0.079$  (Tabla 29).

Según la valoración del sistema sanitario, OR=1.13: IC 95% (0.96-1.33);  $p=0.133$  (Tabla 29).

Al analizar el riesgo de la automedicación según la edad, se observa el efecto protector a mayor edad de los pacientes menor riesgo de automedicación. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bruto OR=1.01: IC 95% (1-1.02);  $p=0.043$  (Tabla 29), pero no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el análisis ajustado OR=1: IC 95% (0.99-1.01);  $p=0.867$  (Tabla 30).

Al analizar el riesgo de la automedicación según el motivo de consulta, se observa que a mayor presencia de patologías agudas o leves, hay mayor riesgo de automedicación. Se observan diferencias estadísticamente significativas tanto en el análisis bruto OR=1.11: IC 95% (1.1-1.15);  $p<0.001$  (Tabla 29) como en el análisis ajustado OR=1.1: IC 95% (1.06-1.15);  $p<0.001$  (Tabla 30).

Al analizar el riesgo de automedicación según antecedentes crónicas, se observa que a mayor presencia de patologías crónicas, hay mayor riesgo de automedicación. Se observan diferencias estadísticamente significativas en el análisis bruto OR=1.02: IC 95% (1.01-1.03);  $p=0.001$  (Tabla 29), tanto como en el análisis ajustado OR=1.01: IC 95% (1-1.03);  $p=0.026$  (Tabla 30).

Al analizar la automedicación según el conocimiento del uso de los medicamentos, se observa que a mayor conocimiento del uso de los fármacos, hay mayor riesgo de automedicación. Se observan diferencias estadísticamente significativas en el análisis bruto OR=0.70: IC 95% (0.52-0.94);  $p=0.019$  (Tabla 29), tanto como en el análisis ajustado OR=0.63: IC 95% (0.44-0.92);  $p=0.016$  (Tabla 30).

Al analizar el riesgo de la automedicación según conocimiento de los fármacos genéricos, se observa que a mayor conocimiento de los fármacos genéricos, hay mayor riesgo de automedicación. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bruto OR=4.11: IC 95% (1.10-15.31);  $p=0.035$  (Tabla 29), pero no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el análisis ajustado OR=3.48: IC 95% (0.81-14.93);  $p=0.093$  (Tabla 30).

Al analizar el riesgo de la automedicación según preferencia de tipos de fármacos, se observa que los pacientes que no tienen preferencia de una marca o tipo determinado de fármaco y aquellos que prefieren especialidades farmacéuticas tienen mayor riesgo de automedicación. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bruto OR=0.84: IC 95% (0.72-0.97);  $p=0.018$  (Tabla 29), pero no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el análisis ajustado OR=0.88: IC 95% (0.73-1.07);  $p=0.201$  (Tabla 30).

Al analizar el riesgo de la automedicación según los conocimientos de los riesgos del mal uso de los fármacos, se observa que a menor conocimiento de los riesgos hay mayor riesgo de automedicación. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bruto OR=0.69: IC 95% (0.50-0.96);  $p=0.026$  (Tabla 29), pero no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el análisis ajustado OR=0.92: IC 95% (0.61-1.38);  $p=0.676$  (Tabla 30).

Al analizar el riesgo de la automedicación según si los pacientes dan consejos a familiares y amigos sobre los medicamentos, se observa que los pacientes que no dan consejos sobre medicamentos, tienen mayor riesgo de automedicación. Se observan diferencias estadísticamente significativas en el análisis bruto OR=2.34: IC 95% (1.69-3.23);  $p<0.001$  (Tabla 29), tanto como en el análisis ajustado OR=2.57: IC 95% (1.75-3.76);  $p<0.001$  (Tabla 30).

Al analizar el riesgo de la automedicación según la valoración del farmacéutico, se observa los pacientes que confían en el farmacéutico tienen mayor riesgo de automedicación. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bruto OR=1.23: IC 95% (1.06-1.43);  $p=0.007$  (Tabla 29), pero no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el análisis ajustado OR=0.89: IC 95% (0.72-1.12);  $p=0.319$  (Tabla 30).

Al analizar el riesgo de la automedicación según la valoración del médico, se observa el efecto protector que a mayor confianza en el médico, hay menos riesgo de automedicación. Se observan diferencias estadísticamente significativas en el análisis bruto OR=1.37: IC 95% (1.19-1.57);  $p<0.001$  (Tabla 29), tanto como en el análisis ajustado OR=1.49: IC 95% (1.22-1.82);  $p<0.001$  (Tabla 30).

Por otra parte se realizó un análisis de regresión logística para identificar la relación entre la posología y las distintas variables, se valoró el riesgo de seguir una posología correcta.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Según sexo, no se observan diferencias estadísticamente significativas con una OR=0.80: IC 95% (0.51-1.27);  $p=0.349$  (Tabla 31).

## Resultados.

---

Según cual fue la fuente de información para solicitar el medicamento, no se observaron diferencias estadísticamente significativas con una OR=1.11: IC 95% (0.97-1.29);  $p=0.137$  (Tabla 31).

Según cual fue la primera fuente de información a utilizar para la automedicación, no se observaron diferencias estadísticamente significativas con una OR=1.08: IC 95% (0.90-1.30);  $p=0.397$  (Tabla 31).

Al calcular el riesgo de seguir una posología correcta según la edad, se observó un efecto protector de ésta, a mayor edad mayor posología correcta con una OR=0.98: IC 95% (0.97-1);  $p=0.027$  (Tabla 31).

Al calcular el riesgo de seguir una posología correcta según nivel de estudios, se observó a mayor nivel de estudios mayor posología correcta con una OR=0.45: IC 95% (0.32-0.63);  $p<0.001$  (Tabla 31).

Al calcular el riesgo de seguir una posología correcta según donde consiguió la medicación, se observó que los pacientes que lo consiguieron en la farmacia aplicaron una mayor posología correcta en comparación de aquellos que lo consiguieron en el botiquín de casa o atreves de familiares o amigos con una OR=1.98: IC 95% (1.24-3.16);  $p=0.004$  (Tabla 31).

#### 4. FACTORES RELACIONADOS CON AL AUTOMEDICACIÓN.

Variables	<i>p</i>	Odds Ratio (OR)	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Sexo	0.670	0.94	0.71	1.25
Edad	0.043	1.01	1	1.02
Nivel de estudio	0.465	0.94	0.81	1.10
Motivo de consulta	4.47E-08	1.11	1.1	1.15
Tipo de alergias	0.950	0.1	0.91	1.1
Antecedentes crónicos	0.001	1.02	1.01	1.03
Lee habitualmente los prospectos	0.185	1.15	0.93	1.42
Le parecen los prospectos claros y sencillos	0.130	1.10	0.97	1.26
Sabe usar habitualmente los medicamentos	0.019	0.70	0.52	0.94
Conoce los fármacos genéricos	0.035	4.11	1.10	15.31
Utiliza los fármacos genéricos	0.079	6.90	0.80	59.31
Si puedes elegir que prefieres que le dispensen	0.018	0.84	0.72	0.97
Es consciente de los riesgos de un mal uso de los medicamentos	0.026	0.69	0.50	0.96
Da consejos sobre medicamentos que toma algún conocido o familia	0.0000003	2.34	1.69	3.23
Cuál es la valoración del proceso asistencial por del sistema sanitario	0.133	1.13	0.96	1.33
Cuál es la valoración del proceso asistencial por el farmacéutico	0.007	1.23	1.06	1.43
Cuál es la valoración del proceso asistencial por el médico	0.00001	1.37	1.19	1.57

Tabla 29: Factores relacionados con la automedicación.

Resultados.

Variables	P	Odds Ratio (OR)	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Edad	0.867	1	0.99	1.01
Motivo de consulta	0.000002	1.1	1.06	1.15
Antecedentes crónicos	0.026	1.01	1	1.03
Sabe usar habitualmente los medicamentos	0.016	0.63	0.44	0.92
Conoce los fármacos genéricos	0.093	3.48	0.81	14.93
Si puedes elegir que prefieres que le dispensen	0.201	0.88	0.73	1.07
Es consciente de los riesgos de un mal uso de los medicamentos	0.676	0.92	0.61	1.38
Da consejos sobre medicamentos que toma algún conocido o familia	0.000001	2.57	1.75	3.76
Cuál es la valoración del proceso asistencial por el farmacéutico	0.319	0.89	0.72	1.12
Cuál es la valoración del proceso asistencial por el médico	0.0001	1.49	1.22	1.82

Tabla 30: Relación de factores relacionados con la automedicación.

Variables	P	Odds Ratio (OR)	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Sexo	0.349	0.80	0.51	1.27
Edad	0.027	0.98	0.97	1
Nivel de estudio	0.000	0.45	0.32	0.63
Donde consiguió la medicación obtenida sin prescripción	0.004	1.98	1.24	3.16
Cuál ha sido su fuente de información a la hora de solicitar medicamentos sin receta	0.137	1.11	0.97	1.29
Cuál es la primera fuente de información a utilizar para automedicación	0.397	1.08	0.90	1.30

Tabla 31: Factores relacionados con la posología.





## **6. DISCUSIÓN.**



## **6.1 DISCUSIÓN DEL MÉTODO.**

El método empleado para la realización de nuestro estudio se basó en la recogida de datos mediante encuesta validada. Se trata por tanto de un estudio descriptivo, prospectivo y transversal que intenta recopilar la información de forma directa para intentar evaluar el fenómeno de la automedicación. Esta metodología es la empleada en la mayor parte de trabajos publicados sobre el tema como el del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de Valencia al que obtuvo datos de automedicación de 501 estudiantes universitarios con una encuesta con una estructura similar a la nuestra (Guillem Sáiz P et al. 2010), así como el realizado por la Sociedad Catalana de Medicina de Familia y Comunitaria para intentar evaluar la automedicación en la población anciana, para ello el personal de enfermería se desplazó al domicilio del paciente para la realización del cuestionario (Vacas Rodilla E. 2008) , así como el método empleado en los distintos trabajos (Aljadhey Hisham et al. 2015; Harakeh Steve et al. 2015; El Nimr NA et al. 2015; Ghaieth Mohamed F et al. 2015; Awad Abdelmoneim Ismail y Esraa Abdulwahid Aboud. 2015; Jafari Faranak et al. 2015; Kasulkar Arti A y Gupta M. 2015; Zhu X et al. 2015; Pavydè Eglè et al. 2015; Jorgji K et al. 2014; Napolitano Francesco et al. 2013; Ramay Brooke M et al. 2015).

Sin embargo, no todos los estudios publicados sobre el tema recogen la información con este método, los hay que recogen los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) como el realizado en 2013 en Aragón para intentar evaluar el consumo de medicamentos en la edad adulta. A través de la ENS se extraen los datos sociodemográficos así como datos relacionados con el consumo de fármacos y visitas al médico (Carrera Lasfuentes Patricia et al. 2013). El mismo método empleó el estudio realizado por la Universidad de Granada para evaluar diferencias en la población adulta española según el país de origen (Jiménez Rubio D y Hernández Quevedo C. 2010) y así como se empleó en distintos estudios (Carrasco Garrido Pilar et al. 2014; Martín Pérez M et al. 2015). Este sistema permite acceder a una muestra de mayor tamaño y seleccionar la variables sociodemográficas adecuadas pero tiene el inconveniente de que la Encuesta Nacional de Salud se publica con periodicidad quinquenal con los cual podemos estar evaluando datos con varios años de antigüedad.

Otros método empleado es la revisión de los distintos trabajos publicados en las diferentes bases de datos como Medline/Pubmed, Ingenta,....., para determinar los factores que influyen en la automedicación (Shehnaz Syed Ilyas et al. 2014) o para identificar las reacciones adversas relacionadas con la automedicación (Berreni A et al. 2015).

La selección de la muestra es diferente según el tipo de población al que va encaminado el estudio, por ejemplo, nuestro estudio pretende evaluar la automedicación en los pacientes que acuden a urgencias de un centro de atención primaria, pero los hay otros que analizan la automedicación en los pacientes que acuden a una farmacia (Seva Izquierdo I et al. 2014; Aljadhey Hisham et al. 2015; Ramay Brooke M et al. 2015; Gómez O et al. 2009; Carracedo Martínez E. 2006; Numes de Melo M et al. 2006; Barbero González A et al. 2006), u otros que van encaminados a un determinado tipo de población como el de automedicación en ancianos (Vacas Rodilla E. 2008; Jafari Faranak et al. 2015), los estudio sobre automedicación en la población universitaria (Guillem Sáiz P et al. 2010; Harakeh Steve et al. 2015; Ghaieth Mohamed F et al. 2015; Patil Shivaraj B et al. 2014; Zhu X et al. 2015), los estudios sobre automedicación en el ámbito de la atención primaria (Hamoen Marleen et al. 2014), el estudio de automedicación en la población gitana en España (Martín Pérez M et al. 2015), los estudios de automedicación en niños y adolescentes (Italia Salvatore. 2015; Shehnaz Syed Ilyas et al. 2014; Shehnaz Syed Ilyas et al. 2013) y el estudio en gestantes en Perú (Miní E et al. 2011).

Los criterios de inclusión y exclusión fueron similares en todos los estudios, considerando a pacientes mayores de 18 años y no excluyendo por patología asociada, salvo a aquellos que se negaron a participar. Conviene mencionar el estudio sobre automedicación en ancianos realizado en atención primaria en Cataluña en el que el criterio de inclusión consistía en pacientes mayores de 75 años y el de exclusión en aquellos que no habían acudido a su médico en dos años, aquellos con alguna enfermedad terminal o con trastorno cognitivo y los institucionalizados. (Vacas Rodilla E, 2008) y el estudio en ancianos realizado en Irán (Jafari Faranak et al. 2015).

Cabe mencionar los criterios de inclusión en los estudio realizados en niños y adolescentes menores de edad (Kazeem AO et al. 2009; Italia Salvatore. 2015; Shehnaz Syed Ilyas et al. 2014; Shehnaz Syed Ilyas et al. 2013; Pereira FSVT et al. 2007), y los criterios de inclusión fueron en el estudio realizado en Quito (Ecuador), en dos escuelas secundarias en mujeres entre 10 y 13 años (Maldonado JC et al. 2007), en nuestro estudios los criterios de inclusión fueron los pacientes mayores de 18 años.

La muestra es mayor en los estudios basados en la ENS ya que puede acceder a mayor número de pacientes (Carrasco Garrido Pilar et al. 2014; Carrera Lasfuentes Patricia et al. 2013). Comparando nuestro estudio con otros con el mismo procedimiento de recogida de datos, nuestra muestra es sensiblemente mayor, 804 pacientes en comparación con los 240 de (Vacas Rodilla E. 2008) y los 501 de (Guillem Sáiz P et al. 2010), la duración de la recogida de datos también es mayor y el cuestionario es más extenso que el de Automedicación en ancianos, ya que nuestro estudio incluye 42 preguntas, y en torno a treinta de ellas son sobre aspectos de la automedicación.

Discernir sobre que método es el idóneo es una tarea complicada. Los trabajos basados en datos de la ENS extraen las variables demográficas, así como los indicadores de salud, de estilos de vida y socioeconómicos de forma indirecta, la prevalencia de automedicación se extrae de la doble pregunta: “¿En las últimas dos semanas ha tomado alguna medicina? y ¿fue prescrita por un médico?”. Como ya he mencionado anteriormente, estos trabajos pueden acceder a una muestra de mayor tamaño con una duración menor de la recogida de datos, pero también pueden incurrir en algún tipo de sesgo. Por ejemplo, según el estudio sobre Automedicación en España según el país de origen, los datos reflejaban que los inmigrantes tenían un nivel de renta similar a la de los españoles, lo cual hace suponer a los investigadores que los inmigrantes con niveles de renta más bajos no aparecían en la ENS. Otra limitación del estudio es que con los datos disponibles en la ENS es difícil distinguir entre los medicamentos que pueden ser consumidos sin receta médica o aquellos que necesitan prescripción (Jiménez Rubio D y Hernández Quevedo C. 2010).

Los trabajos que recogen los datos a través de cuestionario tienen el inconveniente de precisar de mayor tiempo y esfuerzo para la recogida de los mismos, pero al hacerlo de forma directa se pueden evitar los sesgos antes mencionados. En el caso de nuestro estudio, el período de recogida abarcó de diciembre de 2013 a diciembre de 2014. Además al ser encuestas específicas sobre automedicación, es posible recoger aspectos más específicos sobre la misma, no sólo el hecho de automedicarse, sino con qué tipo de fármaco, quien se lo proporcionó y un gran número de cuestiones que a través de la ENS no se pueden conocer. Los inconvenientes que podemos encontrar al utilizar este método está el sesgo de interpretación por parte del entrevistador, aunque se podría minimizar con el entrenamiento de los mismos, y la pérdida de datos en la recogida de los mismos. Otro de los inconvenientes en la utilización del cuestionario es la imposibilidad de realizar el control y verificación de la información recibida, aunque está diseñado para que unas preguntas sirvan de control sobre otras.

## 6.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Un elevado porcentaje de pacientes se automedica antes de consultar con un profesional (Barbero González A et al. 2006). En la bibliografía se observan trabajos con resultados muy dispersos respecto a la automedicación observada en la población, con una prevalencia muy variable entre los diferentes países o culturas. En nuestro trabajo la automedicación, que estimamos en un 57,3%, es una de las más altas descritas en países europeos como describen algunos trabajos (Ras E y Moya O. 2005; Pavydè Eglè et al. 2015; Italia Salvatore. 2015; Napolitano Francesco et al. 2013), presentamos cifras similares a las descritas en trabajos de nuestro país (Jubete MJ. 2004; Ras E y Moya O. 2005; Bastante T y De la Morena F. 2008; Martín Pérez M et al. 2015) o en otros países (Pereira FSVT et al. 2007; Álvarez Gómez J. 2008; Belkina Tatyana et al. 2014; Ghaieth Mohamed F et al. 2015; Foroutan B y Foroutan R. 2014; Ahmad Akram et al. 2015; Zhu X et al. 2015 ), y cantidades claramente más altas a las que se describían en la Encuesta Nacional de Salud realizada en 1993 o las obtenidas en la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2011/12 (Barbero González A et al. 2006; Carrasco Garrido P et al. 2008; Encuesta Nacional de Salud de España. 2011/12). En estas encuestas se obtiene una prevalencia notablemente inferior a encuestar a la población general sanos o no, mientras que nuestro trabajo está centrado en individuos que presentan una patología aguda, lo que induce o motiva a intentar resolver la automedicándose. Al compararse con otros países, presentamos unos porcentajes muy superiores a los descritos tanto en países no europeos (Suleman S et al. 2009; Sawair FA et al. 2009; Yousef AMM et al. 2008; Zargarzadeh AH et al. 2008; De Aquino DS. 2008; López JJ et al. 2009) como en los europeos (Nunes de Melo M et al. 2006; Napolitano Francesco et al. 2013; Pavydè Eglè et al. 2015), cumpliéndose el descrito gradiente sur-norte de automedicación, con cifras muy bajas en países del norte de Europa (Carracedo Martínez E. 2006), lo que posiblemente sea un factor que justifique la menor resistencia antimicrobiana en estos países (Baos Vicente V. 2000). Aunque la automedicación que hemos observado es inferior a la descrita en otros países emergentes (Awad AI y Eltayeb IB. 2007; Albarran KF y Zapata LV. 2008; Belkina Tatyana et al. 2014; El Nimr NA et al. 2015; Jafari Faranak et al. 2015; Patil Shivaraj B et al. 2014; You Mi-Ae et al. 2015) o a la descrita previamente en población valenciana (Paris Angulo S. 2009; Guillem Sáiz P et al. 2010).

En la Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 mencionan que la mayoría de los medicamentos consumidos han sido recetados por un médico (antibióticos, tranquilizantes, antiasmáticos, antialérgicos, hipolipemiantes, antihipertensivos y los antidepresivos) y no son de autoconsumo. Seguramente, como dichos fármacos no son de venta libre, se condiciona su adquisición y uso libre a la disposición en su botiquín, de familiares o amigos y vecinos (Covington TR. 2006), aunque en estudios realizados en España se describe una venta frecuente y no autorizada de fármacos de venta no libre (Carracedo Martínez E. 2006). Sin embargo, no mencionan la relación de automedicación y consejos o información de uso por parte de los médicos, ya que en nuestro trabajo casi la cuarta parte de los automedicados siguen pautas o consejos por parte de un médico, similar a la obtenida por Álvarez Gómez J (2008), donde se distribuye de forma muy homogénea la obtención de información del médico, del farmacéutico así como de familiares/amigos.

La mayor parte de los estudios realizados coinciden en señalar que el mayor porcentaje de automedicación se da en sujetos del sexo femenino, las personas de mayor edad y los estudiantes, personas que viven solas, en grandes núcleos urbanos y en aquellos sujetos con mayor nivel de formación (Caamaño F et al. 2000; Bastante T y De la Morena F. 2008; Carrera Lasfuentes Patricia et al. 2013; Jafari Faranak et al. 2015; Foroutan B y Foroutan R. 2014; El Nimr NA et al. 2015; Italia Salvatore. 2015). Sin embargo, en nuestro trabajo aunque el porcentaje de automedicación fue mayor en las mujeres, no observamos diferencias significativas por género, como han descrito en otras poblaciones (Álvarez Gómez J. 2008). Al mismo tiempo, en nuestro análisis se observa que la automedicación es más frecuente entre jóvenes como describe Caamaño, pero menor en las personas de mayor edad coincidiendo con lo descrito por otros autores que señalan que el grado de automedicación disminuye con la edad (Ras E y Moya O. 2005) y algunos presentan una automedicación similar a la observada en nuestra población entre los jóvenes (Bastante T y De la Morena F. 2008). Además se observó que la automedicación varía según el nivel de estudios como han descrito otros autores (Caamaño F et al. 2000; Bastante T y De la Morena F. 2008; Italia Salvatore. 2015), siendo menos frecuente en



aquellos sin estudios, pero al ajustar por la edad no se observan diferencias significativas, quizás porque el nivel de estudios depende directamente de la edad y de la época o momento histórico en que los pacientes fueron jóvenes y las posibilidades de estudios fueron diferentes.

Los grupos terapéuticos más utilizados como automedicación preferentemente fueron los analgésicos (paracetamol) y los antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno), al igual que lo descrito en otros trabajos y con cifras de automedicación similares a las obtenidas en nuestro estudio (Pereira FSVT et al. 2007; Vacas Rodilla E et al. 2009; Mehuys E et al. 2009; Álvarez Gómez J. 2008; Hamoen Marleen et al. 2014; Kusturica Milica Paut et al. 2015; Ahmad Akram et al. 2015). Se utilizan con más frecuencia estos fármacos debido en gran parte a que son útiles para la mayoría de las patologías más frecuentes (tratamiento sintomático o de enfermedades leves) como pueden ser las afecciones de vías aéreas superiores y a dolencias osteomusculares, son de uso común, frecuentes en el botiquín de casa, suele haber un conocimiento previo del fármaco y también porque son medicamentos de venta libre (Covington TR. 2006; Álvarez Gómez J. 2008; Kusturica Milica Paut et al. 2015; ). Cabe mencionar también, el elevado uso de antitusígenos y expectorantes (13.7%) como los mencionados en (Hamoen Marleen et al. 2014).

El 99,3% de los encuestados que afirman automedicarse, conocen la existencia de los fármacos genéricos, y el 99,8% de este porcentaje, los utiliza con asiduidad, con lo cual se deduce que los fármacos genéricos se han extendido y se está superando la reticencia inicial del paciente a utilizarlos, lo contrario en un estudio realizado en Irlanda donde el 33% de los encuestados no cocinan los fármacos genéricos y un 39% se confundieron entre la palabra genéricos y genética (Dunne Suzanne et al. 2014) y en un estudio en Malasia se determinó que la cofinancia y el conocimiento de los pacientes de los fármacos genérico aumentaron durante las últimas cuatro décadas (Hassali Mohamed AA et al. 2009). El 59,9% de los pacientes no tienen preferencia por una marca determinada, frente al 34,9% que prefiere que se le dispense especialidad farmacéutica y un 5,2% que prefiere fármacos genéricos.

Un porcentaje elevado de los entrevistados (62,1%) afirma leer los prospectos, frente al 19,8% que afirman no leerlo casi nunca y esto concuerda con el estudio realizado en la India donde la mayor parte de la población encuestada afirmaba obtener la información para el uso de los medicamentos en la automedicación a través de los prospectos (Kasulkar Arti A y Gupta M. 2015). De este grupo que lee los prospectos, la mayor parte considera que son lo suficientemente claros y que explican de forma clara las indicaciones, posología y efectos adversos que pueden padecer con ese principio activo.

En nuestra investigación observamos que la mayoría de sujetos se automedicó con un fármaco siguiendo las recomendaciones de sus familiares o amigos, en segundo lugar, un médico y en tercer lugar, siguiendo prescripciones anteriores, situación similar, aunque con matices, a la descrita por Pereira FSVT y colaboradores (2007), donde destacan que los casos de automedicación fueron inducidos destacadamente por las madres y por los empleados de farmacia y los descritos en los trabajos de (Shehnaz Syed Ilyas et al. 2014; Jorgji K et al. 2014).

Conviene resaltar la diferencia entre la recomendación de la utilización de determinado fármaco y la indicación de la posología del mismo. En este segundo caso, el orden es distinto, en primer lugar siguiendo las recomendaciones de familiares o amigos, en segundo lugar siguiendo prescripciones anteriores y en tercer lugar, siguiendo el consejo del médico, con lo que vemos diferencias en el orden con respecto al caso anterior. Al mismo tiempo en nuestro estudio destaca que la obtención del fármaco fundamentalmente es el botiquín de casa, como resaltan otros autores debido al almacenamiento de los medicamentos en los hogares (Ras Vidal E y Moya Ortiz P. 2005; Foroutan B y Foroutan R. 2014; Kusturica Milica Paut et al. 2015), mientras que en otros estudios prevalece la obtención de la farmacia y en segundo lugar el botiquín de casa (Álvarez Gómez J, 2008). Pero cabe destacar al analizar la media de edad según quién recomendó el fármaco, como se observó que los de mayor edad confían más en su médico o el farmacéutico a la hora de recibir recomendaciones y los más jóvenes confían o reciben sus recomendaciones de familiares, amistades o incluso en la publicidad.

Comentar que el 59,3% de los encuestados acudían a su farmacia de confianza para obtener la medicación, en contraposición con otros estudios que afirman que el factor más determinante es la accesibilidad frente al lugar donde se adquieren los fármacos. Este dato revela que para gran parte de los pacientes es importante el consejo del farmacéutico, ya que muchas veces el profesional es de su confianza, como se demostró en el estudio de (Seva Izquierdo I et al. 2014).

Por otra parte, en nuestro análisis observamos que las enfermedades y síntomas más tratados mediante automedicación son los problemas osteomusculares/traumatológicos y los trastornos otorrinolaringológicos (resfriado común, faringitis, amigdalitis, etc.) ya que son las patologías más comunes, en otros estudios también se asocia una mayor incidencia de automedicación en aquellas personas con la presencia de enfermedades agudas (Caamaño F et al. 2000; El Nimr NA et al. 2015; Sharma Ajitha et al. 2015; Seva Izquierdo I et al. 2014). Así vemos que un estudio realizado en Portugal, que aunque presentaba una prevalencia global de automedicación inferior a la observada en nuestra población, al analizar el grupo terapéutico de preparados para afecciones de garganta o resfriados común se observaba un porcentaje incluso superior a nuestra muestra (Nunes de Melo M et al. 2006) o similar en países americanos entre las enfermedades que más motivaron la automedicación (Pereira FSVT et al. 2007).

De los pacientes que realizaron la automedicación, aproximadamente un 34% tenían como objetivo no malgastar los recursos sanitarios para resolver una afección leve, de fácil solución, un 26.5% intentaba ahorrar tiempo para evitar las esperas en los centros de atención primaria o en las urgencias hospitalarias y un 16% que confiaba en su experiencia previa o en la de alguien de su entorno, que conceden con los trabajos de (Aljadhey Hisham et al. 2015; Jafari Faranak et al. 2015). Aspecto muy importante es la elección de los medicamentos que el paciente emplea por su cuenta, la mayor parte de ellos (62,2%) sólo emplea fármacos con los que ya está familiarizado, ya que se los habían recetado con anterioridad, frente al 26,2% que no son nada selectivos con los fármacos a emplear, ya que su principal motivación es solucionar el problema lo antes posible. Es aquí donde se abre el debate sobre la automedicación, ya que en algunos

casos puede ser positiva para descargar la presión asistencial sobre los centros de atención primaria y hospitales en los meses de invierno, ya que muchos pacientes prefieren acudir al médico por afecciones banales para que el profesional les indique la pauta médica a seguir con la subsiguiente saturación de los centros. Sería importante realizar una labor educacional a nivel de la población para intentar identificar esos síntomas leves y poder tratarlos por su cuenta, y sólo acudir al médico en caso de que no hubiera mejoría. En otro apartado, estaría la automedicación con antibióticos, muy extendida y que se debería erradicar, ya que son empleados de forma indiscriminada con el riesgo de crear resistencias, se debe limitar su venta sin receta.

Respecto a la automedicación con una posología correcta se encontraron pocas referencias bibliográficas. En nuestro estudio vemos que la mayoría de los pacientes automedicados tomaron una posología correcta, y seguramente como reconocen por experiencia previa con dicho fármaco. En los pacientes automedicados influyó para una administración correcta del fármaco según el lugar donde consiguió éste, según quién lo recomendó (por asesoramiento de su médico, del farmacéutico y de familiares o amigos que ya conocen dicho fármaco), según el nivel de estudios (a mayor nivel mayor posología correcta), y según la edad del paciente (a mayor edad mayor posología correcta). Tal vez, los ancianos confían más en su médico o en el farmacéutico para seguir una pauta y por ello siguen en mayor porcentaje una posología correcta. Comparando nuestro estudio con un estudio realizado en España en ancianos en una residencia geriátrica, se encontró que el 11% de los ancianos se automedican, de los cuales el alrededor del 41% no cumplieron una posología correcta (De Juan García MJ et al. 2010), o con otro estudio en España donde la posología incorrecta se oscilaba entre el 19% y el 59% más frecuentemente en ancianos (Mira José Joaquín et al. 2015).

Por otro lado, en torno al 1,7% de los pacientes padeció algún efecto adverso con los medicamentos sin receta, los fármacos implicados fueron Cloperastina Fendizoato (Flutox), Ibuprofeno y la Amoxicilina-Ácido clavulánico. La cifra de nuestro estudio fueron similares en comparación con otros estudios, como en el estudio realizado en Francia donde la incidencia de reacción adversas por automedicación fue del 1.3% de los

cuales el 75% eran graves, Las reacciones adversas más frecuentes fueron las gastrointestinales y neuropsiquiátricos y los principales fármacos implicados fueron los AINE, analgésicos y benzodiazepinas (Berreni A et al. 2015) y la cifras de reacción adversa de nuestro estudio fueron inferiores en comparación con un estudio realizado en China donde la incidencia de reacciones adversas fue del 13.3% y los principales fármacos implicados fueron los antibióticos (Zhu X et al. 2015) o en el estudio realizado en la República de Corea donde la incidencia fue del 12.3% en niños (You Mi-Ae et al. 2015).

Como el nivel de estudios podría influir en la automedicación, pero claramente la información respecto a ésta puede mejorarla, como han demostrado ensayos clínicos en los que el grupo con campaña educacional ha mejorado el uso racional de medicamentos al conseguir una modificación favorable para el uso adecuado de fármacos (Maldonado JC et al. 2007), y viendo que casi todos los estudios coinciden en que los más jóvenes son los que más se automedican, habría que proponer intervenciones de Salud Pública destinadas a la prevención de la automedicación en este grupo de riesgo por la elevada prevalencia de esta práctica en las personas de menor edad (Pereira FSVT et al. 2007; Shehnaz Syed Ilyas et al. 2013; Shehnaz Syed Ilyas et al. 2014). Por lo tanto, sería beneficioso el plantear programas o cambios como proyectan Ausejo Segura M y Sáenz Calvo A (2008), promover las actividades de educación para la salud en detrimento de la medicalización innecesaria facilitando información acerca de los beneficios y riesgos del uso de medicamentos, educar a la población sobre el uso adecuado de los recursos sanitarios, programas dirigidos a profesionales y gestores para reducir la tendencia hacia la medicalización de la práctica sanitaria, sensibilizar a la población para que solicite consejo farmacéutico, sensibilizar a los farmacéuticos para que pregunten al paciente, cumplir la normativa de no dispensación de medicamentos sin receta, etc.

En un intento por establecer correlación entre automedicación y valoración del proceso asistencial por parte del paciente, se observa que de los pacientes atendidos por el sistema sanitario en su conjunto, es decir el centro sanitario en su totalidad, con sus listas de espera, administrativos,..., la valoración media de los que habían realizado automedicación fue de 6,64, por el 6,73 de los que no la habían realizado.

## Discusión.

---

En cuanto a los profesionales sanitarios analizados de forma individual, la valoración más alta correspondió al médico con una media de 7,31 en los pacientes que se habían automedicado frente al 7,64 de los que no lo habían hecho. Otro profesional analizado en la encuesta fue el farmacéutico, que recibió una valoración más baja, un 6,79% de los pacientes que se habían automedicado frente al 6,97 de los que no lo habían hecho. De todo esto se deduce que el médico es el profesional más valorado por parte de los pacientes, tanto en el caso de haberse automedicado como en el caso contrario. Este dato podría estar enmascarado por la relación de amistad que se establece entre muchos pacientes y su galeno debido a la atención médica que se prolonga durante años. El sistema sanitario es el menos valorado en su conjunto, consiguiendo aún así un aprobado alto. En este resultado podrían influir las listas de espera, el tiempo de espera antes de la consulta en caso de que se vaya sin cita previa o los trámites burocráticos.

## **7. CONCLUSIONES.**





## Conclusiones.

---

- Un elevado porcentaje de pacientes que acuden a urgencias de Atención Primaria se automedica antes de consultar con un profesional.
- La automedicación es más frecuente a menor edad del paciente. El sexo y el nivel de estudios no parecen influir en el acto de automedicarse.
- Los grupos terapéuticos más utilizados como automedicación preferentemente fueron administrados por vía oral, y son los analgésicos (paracetamol) y los antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno).
- La mayoría de los pacientes automedicados tomaron una posología correcta, y se automedicaron de dicha forma por experiencia previa con dicho fármaco.
- Las enfermedades y síntomas más tratados mediante automedicación son los problemas osteomusculares/traumatológicos y los trastornos otorrinolaringológicos (resfriado común, faringitis, amigdalitis, etc.).
- En los pacientes automedicados influyó para una administración correcta del fármaco según el lugar donde consiguió éste, según quién lo recomendó, según el nivel de estudios (a mayor nivel mayor posología correcta.), y según la edad del paciente (a mayor edad mayor posología correcta).
- La mayoría de sujetos se automedicó con un fármaco siguiendo las recomendaciones de sus familiares o amigos.
- La valoración del proceso asistencial del sistema sanitario, del médico y del farmacéutico fue de una media de 6 a 8 una escala de valoración del 1 al 10 y no influyó en la incidencia de la automedicación en los pacientes.
- No influyó la automedicación en el aumento de la incidencia de la necesidad de atención en urgencias por efectos adversos de los medicamentos de la automedicación.

Debido a la inadecuada y elevada automedicación en nuestra población, a los grupos “de riesgo” anteriormente citados habría que priorizarlos como destinatarios de los programas de educación sanitaria para la mejora de la automedicación.



## **8. BIBLIOGRAFIA.**



## 8. Bibliografía.

1. Ahmad, Akram, Isha Patel, G. P. Mohanta, and R. Balkrishnan. "Evaluation of self medication practices in rural area of town Sahaswan at Northern India." *Annals of medical and health sciences research* 4, no. 8 (2015): 73-78.
2. Aibar Remón C, Aranaz Andrés JM. Seguridad del paciente: cuaderno de bitácora. Abril 2007 IIE. Academia Nacional de medicina. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>.
3. Albarran KF, Zapata LV. Analysis and quantification of self-medication patterns of customers in community pharmacies in southern Chile. *Pharmacy World & Science* 2008; 30 (6): 863-8.
4. Aljadhey, Hisham, Ghada A. Assiri, Mansour A. Mahmoud, Sinaa Al-Aqeel, and Michael Murray. "Self-medication in Central Saudi Arabia: Community pharmacy consumers' perspectives." *Saudi medical journal* 36, no. 3 (2015): 328.
5. Almeida Jara M. Prevalencia y prácticas de automedicación en los estudiantes del primero al quinto año de la Facultad de Medicina de la Universidad San Francisco De Quito en octubre del 2009. [tesis]. Quito. Universidad San Francisco de Quito.2009.
6. Alou Cervera L, Maestre Vera JR, Moreno Úbeda R, ( Grupo para el consumo de antimicrobianos en España). Consumode antifúngicos de uso tópico en España. *Rev Esp Quimioter.* 2001; 14 (4):340-344.
7. Álvarez Gómez J. Prevalencia de automedicación en estudiantes de Farmacia y Medicina de la Universidad de Granada 2009.
8. Amaya Reina; Quintanilla Flores. Caracterización de la automedicación de la población mayor de 18 años residente en el municipio de San Ignacio de Chalatenango. [tesis]. Cuscatlan. Universidad "Dr. José Matías Delgado". El Salvador .2010.

## Bibliografía.

---

9. Anyanechi, C. E., and B. D. Saheeb. "Toothache and self medication practices: a study of patients attending a Niger delta tertiary hospital in Nigeria." *Annals of medical and health sciences research* 4, no. 6 (2015): 884-888.
10. Aranaz JM y cols. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.
11. Aranaz JM, Vitaller J. De la Gestión de los Riesgos a la Seguridad del Paciente. Editorial. Rev de Calidad Asistencial 2007; 22: 270-271.
12. Argimon Payas JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica ( 2ª ed ) Barcelona; Harcourt, 1999.
13. ASHP suggested definitions and relationships among medication misadventures, medication errors, adverse drug events, and adverse drug reactions. *Am J Health-Sys Pharm* 1998; 55:165-166.
14. Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre la automedicación. Praga 2012.
15. Ausejo Segura M, Sáenz Calvo A. ¿Cómo mejorar la automedicación de nuestros pacientes?.
16. Awad, Abdelmoneim Ismail, and Esraa Abdulwahid Aboud. "Knowledge, Attitude and Practice towards Antibiotic Use among the Public in Kuwait." *PLoS one* 10, no. 2 (2015): e0117910.
17. Awad AI, Eltayeb IB. Self-medication practices with antibiotics and antimalarials among Sudanese undergraduate university students. *Annals of Pharmacotherapy* 2007; 41(7-8):1249-55.
18. Baos Vicente V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. *Inf ter Sist Nac Salud* 2000; 24:147-152.
19. Baos Vicente V. Los efectos adversos más frecuentes de los 20 principios activos más consumidos en el SNS durante el año 2000. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2001; 25(6):161-168.

## Bibliografía.

---

20. Barbero-González A, Pastor-Sánchez R, Del Arco-Ortiz de Zárate J, Eyaralar-Riera T, Espejo-Guerrero J. Demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica. *Aten Primaria* 2006; 37 (2):78-87.
21. Barris Blundell D, Rodríguez Zarzuelo C, Salinas Muñoz M, Zarzuelo Pastor C. Demanda de antibióticos orales sin receta médica en una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp.* 2001; 3 (6): 412-420.
22. Bastante T., De la Morena F. Automedicación en población universitaria en la Universidad de Madrid 2008. Disponible en: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-20>.
23. Belkina, Tatyana, Abdullah Al Warafi, Elhassan Hussein Eltom, Nigora Tadjieva, Ales Kubena, and Jiri Vlcek. "Antibiotic use and knowledge in the community of Yemen, Saudi Arabia, and Uzbekistan." *The Journal of Infection in Developing Countries* 8, no. 04 (2014): 424-429.
24. Berreni A et al; Service de Pharmacologie Médicale et Clinique, Centre Midi-Pyrénées de Pharmacovigilance, Pharmacoépidémiologie et Informations sur le Médicament, Pharmacopôle Midi-Pyrénées, INSERM U 1027, Centre Hospitalier Universitaire et Faculté de Médecine de Toulouse. Académie Nationale de Médecine, France2015.
25. Boulet, Louis-Philippe, Marie-Ève Boulay, Guylaine Gauthier, Livia Battisti, Valérie Chabot, Marie-France Beauchesne, Denis Villeneuve, and Patricia Côté. "Benefits of an asthma education program provided at primary care sites on asthma outcomes." *Respiratory Medicine* (2015).
26. Caamaño F, Figueiras A, Lado E, Gestal-Otero J.J. La automedicación: concepto y perfil de sus "usuarios". *Gac Sanit* 2000; 14(4):294-9.
27. Cabrera Loaiza Katty. Prevalencia de automedicación y sus factores predisponentes en la población de las parroquias Vilcabamba y El Valle del cantón Loja, durante Abril - Septiembre 2010. [tesis]. Loja. Universidad Técnica Particular De Loja .2011.
28. Campillo-Grau M. Estudio epidemiológico del dolor de cabeza y su tratamiento en la población general de Cataluña. *Rev Neurol.* 2002; 34(10):901-908.

29. Carracedo Martínez E. Consequences of Self-medication with Prescription Drugs. *Aten Primaria* 2006;38:62.
30. Carrasco Garrido, Pilar, Ana López de Andrés, Valentín Hernández Barrera, Isabel Jiménez-Trujillo, César Fernandez-de-las-Peñas, Domingo Palacios-Ceña, Soledad García-Gómez-Heras, and Rodrigo Jiménez-García. "Predictive factors of self-medicated analgesic use in Spanish adults: a cross-sectional national study." *BMC Pharmacology and Toxicology* 15, no. 1 (2014): 36.
31. Carrasco Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, De Miguel AG. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2008; 17(2):193-9.
32. Carrera-Lasfuentes, Patricia, Isabel Aguilar-Palacio, Roldán E. Clemente, Fumanal S. Malo, and Hernandez MJ Rabanaque. "[Medicine consumption in the adult population: Influence of self-medication]." *Atencion primaria/Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria* 45, no. 10 (2013): 528-535.
33. Censo Nacional de Actividades Económicas. Instituto Nacional de estadística. Disponible en [www.ine.es](http://www.ine.es) .
34. Covington TR. Nonprescription drug therapy: issues and opportunities. *Am J Pharm Educ* 2006; 70 (6):137.
35. De Aquino DS. Por qué o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13 (sup):733-6.
36. De Blas Matas B, Laredo Velasco LM, Vargas Castrillón E. Intereacciones de los fármacos más consumidos. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2004; 28(1):1-11.
37. De Juan, García MJ, Ramos N. Galán, Palenzuela MJ Pastor, Pomar C. Pagán, and Veira JA De Antonio. "[Detection of therapeutic non-compliance and pharmaceutical intervention in institutionalised geriatric patients]." *Revista espanola de geriatria y gerontologia* 46, no. 6 (2010): 307-310.
38. Dunne, Suzanne, Bill Shannon, Colum Dunne, and Walter Cullen. "Patient perceptions of generic medicines: a mixed-methods study." *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research* 7, no. 2 (2014): 177-185.



39. Eickhoff, C., Hämmerlein, A., Griese, N. and Schulz, M. Nature and frequency of drug-related problems in self-medication (over-the-counter drugs) in daily community pharmacy practice in Germany. *Pharmacoepidem. Drug Safe.* (2012), 21: 254–260. doi: 10.1002/pds.2241.
40. El-Nimr, N. A., I. M. H. Wahdan, A. M. H. Wahdan, and R. E. Kotb. "Self-medication with drugs and complementary and alternative medicines in Alexandria, Egypt: prevalence, patterns and determinants." *EMHJ* 21, no. 4 (2015).
41. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Marzo 2013.
42. Florencia Carabias M., *Automedicación en universitarios*, universidad de Salamanca, 2011.
43. Foroutan, B., and R. Foroutan. "Household storage of medicines and self-medication practices in south-east Islamic Republic of Iran." *EMHJ* 20, no. 9 (2014).
44. Gama H., Correias, Lunet N. Effect of questionnaire structure on recall of drug utilization in a population of university students. *BMC Med. Res. Methodol.* 2009.
45. Ghaieth, Mohamed F., Sara RM Elhag, Mamoun E. Hussien, and Emad HE Konozy. "Antibiotics self-medication among medical and nonmedical students at two prominent Universities in Benghazi City, Libya." *Journal of pharmacy & bioallied sciences* 7, no. 2 (2015): 109.
46. Gómez O., Leobardo M.; Galar M., Marcela; Téllez L., Ana Ma.; Carmona Z., Francisco A.; Amaya Ch., Araceli. Estudio de automedicación en una farmacia comunitaria de la Ciudad de Toluca. [Sede Web]. 2009. [citado 16 de febrero de 2014] .Volumen 40.Número 1.Enero - Marzo 2009. Disponible en:[http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI\\_UsoMedic/Ana\\_Tellez/estudio.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_UsoMedic/Ana_Tellez/estudio.pdf).
47. González Amayuelas M, Mendibil Crespo I, Gutiérrez Martínez I, Blanco Alonso MA. Automedicación con AINE por los usuarios de dos consultas de Atención Primaria. *Gaceta Médica de Bilbao.* 2006; 103 (2):54-57.

48. Granda E. Automedicación. ¿Qué medicamentos y otros productos toman los ciudadanos para el cuidado de su salud y por qué? *Farmacia Profesional* 2008; 22 (1):8-14.
49. Guillem Sáiz, Patricia, Francesc Francès Bozal, Francisco Gimenez Fernández, and Carmen Sáiz Sánchez. "Estudio sobre automedicación en población universitaria española." *Revista Clínica de Medicina de Familia* 3, no. 2 (2010): 99-103.
50. Hamoen, Marleen, Berna DL Broekhuizen, Paul Little, Hasse Melbye, Samuel Coenen, Herman Goossens, Chris C. Butler, Nick A. Francis, and Theo JM Verheij. "Medication use in European primary care patients with lower respiratory tract infection: an observational study." *British Journal of General Practice* 64, no. 619 (2014): e81-e91.
51. Harakeh, Steve, Musab Almatrafi, Haifa Ungapen, Rotana Hammad, Feras Olayan, Reema Hakim, Mohammed Ayoub et al. "Perceptions of medical students towards antibiotic prescribing for upper respiratory tract infections in Saudi Arabia." *BMJ open respiratory research* 2, no. 1 (2015): e000078.
52. Hardon Anita, Hodgkin Catherine, Fresle Daphne .Cómo investigar el uso de medicamentos por parte de los consumidores. Organización Mundial de la Salud y Universidad de Amsterdam, 2004.
53. Hassali, Mohamed AA, Asrul A. Shafie, Shazia Jamshed, Mohamed IM Ibrahim, and Ahmed Awaisu. "Consumers' views on generic medicines: a review of the literature." *International Journal of Pharmacy Practice* 17, no. 2 (2009): 79-88.
54. Hemwall EL. Increasing Access to nonprescription medicines: a global public health challenge and opportunity. *Clin Pharmacol Ther.* 2010; 87(3):267-9.
55. Hernández Novoa B, eiros bouza JM. Autmedicación con antibióticos: una realidad vigente. *Centro de Salud.* 2001; 9 (6): 357-364.
56. Inmaculada, SEVA-IZQUIERDO, Macarena FLORES-DORADO, and Fernando MARTINEZ-MARTINEZ. "AUTOMEDICACIÓN PREVIA A LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN GRIPE O RESFRIADO." *Vitae* 2014.

57. Italia, Salvatore, Helmut Brand, Joachim Heinrich, Dietrich Berdel, Andrea Berg, and Silke Britta Wolfenstetter. "Utilization of self-medication and prescription drugs among 15-year-old children from the German GINIplus birth cohort." *Pharmacoepidemiology and drug safety* (2015).
58. Jafari, Faranak, Alireza Khatony, and Elham Rahmani. "Prevalence of Self-Medication Among the Elderly in Kermanshah-Iran." *Global journal of health science* 7, no. 2 (2015): p360.
59. Jara Arévalo M., Jaramillo Castro L., Macías Matamoros J. Frecuencia de automedicación de AINES y analgésicos-antipiréticos y características que los rodean, en hogares de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca en el año 2011. [tesis]. Cuenca. Universidad De Cuenca.2011.
60. Jara Romero L, Camizán Cunias A, Cornejo Atoche D, Delgado Córdova F, Granados Burga A. Alteraciones en la dispensación de medicamentos en las boticas del distrito de Chiclayo. *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 5(1) 2012.
61. Jiménez Rubio D., Hernández Quevedo C. Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen. *Gac Sanit.*2010; 24(2):116.e1–116.e8 87.
62. Jorgji, K., E. Bebeci, P. Apostoli, and A. Apostoli. "Evaluation of use of antibiotics without prescription among young adults in Albania case study: Tirana and Fier District." *Hippokratia* 18, no. 3 (2014): 217.
63. Jubete M.J. Automedicación en España. ¿ Qué podemos hacer? *Aten Primaria.* 2004; 34:445-6.
64. Kasulkar, Arti A., and M. Gupta. "Self medication practices among medical students of a private institute." *Indian journal of pharmaceutical sciences* 77, no. 2 (2015): 178.
65. Kazeem A Oshikoya, Idowu O Senbanjo, Olisamedua F Njokanma. Self-medication for infants with colic in Lagos, Nigeria. *BMC Pediatrics* [Sede Web]. 2009 [citado 02 de febrero de 2014], 9:9. disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/9/9>.

## Bibliografía.

---

66. Kusturica, Milica Paut, Zdenko Tomic, Zoran Bukumiric, Ljiljana Ninkovic, Ana Tomas, Nebojsa Stilinovic, and Ana Sabo. "Home pharmacies in Serbia: an insight into self-medication practice." *International journal of clinical pharmacy* 37, no. 2 (2015): 373-378.
67. Larson EL, Dilone J, García M, Smolowitz J. Factors which influence Latino community members to self-prescribe antibiotics. *Nurs Res.* 2006; 55(2):94-102.
68. Ley 29/2006, de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE núm 178 (27 julio 2006); 28122-28165.
69. López JJ, Dennis R, Moscoso SM. Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. *Rev. Salud Pública* 2009; 11 (3):432-42.
70. Mainous AG, Díaz VA, Carnemolla M. Factors affecting Latino adults use of antibiotics for selfmedication. *J Am Board Fam Med* 2008; 21 (2):128-34.
71. Maldonado J.C., Melénez S.D., Figueras A. Long-term effects of an educational intervention on self-medication and appropriate drug use in singlesex secondary public schools, Quito, Ecuador. *Br J Clin pharmacol.* 2007;63(1):92-9.
72. Martín-Pérez, M., Barrera V. Hernández, de Andrés A. López, I. Jiménez-Trujillo, R. Jiménez-García, and P. Carrasco-Garrido. "Predictors of medication use in the Roma population in Spain: a population-based national study." *Public health* 129, no. 5 (2015): 453.
73. Martínez Cevallos L. Percepción de la automedicación con antibióticos en los usuarios externos en un hospital público en Lima. [tesis]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013. 62p.
74. Matuz M, Benko R, Doro P, Hajdu E, Soos G. Non-prescription antibiotic use in Hungary. *PharmWorld Sci* 2007; 29 (6):695-8.
75. Mehuys E, Van Bortel L, De Bolle L, Van Tongelen L, Remon JP, De Looze D. Self-Medication of Upper Gastrointestinal Symptoms: A Community Pharmacy Study. *Ann Pharmacother* 2009; 43 (5):890-8.
76. Minchón Medina, Carlos .Política farmacéutica nacional: Impacto en el uso racional de Medicamentos en el Perú. *UCV - Scientia* 2(2), 2010.

77. Miní Elsy, Varas Rocío, Vicuña Yuliana, Lévano María, Rojas Luis, Medina Julio et al .Automedicación en gestantes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú 2011. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2012; 29(2):212-17.
78. Mira, José Joaquín, Susana Lorenzo, Mercedes Guilabert, Isabel Navarro, and Virtudes Pérez-Jover. "A systematic review of patient medication error on self-administering medication at home." *Expert opinion on drug safety* 0 (2015): 1-24.
79. Moreno Yuliana, Apablaza. Paola. Determinación de los patrones de automedicación en las poblaciones amazónicas de Yacuambi y El Pangui marzo 2009. [tesis]. Loja. Universidad Técnica Particular De Loja.2010.
80. Napolitano, Francesco, Maria Teresa Izzo, Gabriella Di Giuseppe, and Italo F. Angelillo. "Public knowledge, attitudes, and experience regarding the use of antibiotics in Italy." (2013): e84177.
81. Nickerson EK, West TE, Day NP, Peacock SJ. Staphylococcus aureus disease and drug resistance in resource-limited countries in south and east Asia. *Lancet Infect Dis* 2009; 9 (2):130-5.
82. Nunes de Melo M., Madureira B., Nunes Frerreira A.P., Mendes Z., da Costa Miranda A., Martins A.P. Prevalence of self-medication in rural areas of Portugal. *Pharm World Sci* (2006)28:19-25.
83. OMS. The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication. La Haya 1998.
84. OPS. GT/CLASIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS. Informe y Propuesta sobre: Requisitos Comunes para la Clasificación de Medicamentos. IV Conferencia Panamericana para la armonización de la Reglamentación Farmacéutica .República Dominicana. 2-4 Marzo 2005.
85. Organización Mundial de la Salud Centro de prensa [sede Web]. Washington, Estados Unidos [actualizada 2014; acceso 18 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/>.
86. Paris Angulo, Sandra Estudio sobre la automedicación en la comunidad valenciana Valencia, Mayo de 2009.

87. Patil, Shivaraj B., S. H. Vardhamane, B. V. Patil, Jeevangi Santoshkumar, Ashok S. Binjawadgi, and Anand R. Kanaki. "Self-Medication Practice and Perceptions Among Undergraduate Medical Students: A Cross-Sectional Study." *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR* 8, no. 12 (2014): HC20.
88. Pavydė, Eglė, Vincentas Veikutis, Asta Mačiulienė, Vytautas Mačiulis, Kęstutis Petrikonis, and Edgaras Stankevičius. "Public Knowledge, Beliefs and Behavior on Antibiotic Use and Self-Medication in Lithuania." *International journal of environmental research and public health* 12, no. 6 (2015): 7002-7016.
89. Pereira FSVT, Bucarechi F, Stephan C, Cordeiro R. Automedicação em crianças e adolescentes. *J. Pediatr.*2007; 83 (5):453-8.
90. Pichetti, Sylvain. Encouraging direct access to OTC drugs in France. [monografía en Internet] Paris. Health Policy Monitor, October 2009 , [acceso 4 de julio 2014].disponible en: [http://www.hpm.org/en/Surveys/IRDES\\_-\\_France/14/Encouraging\\_direct\\_access\\_to\\_OTC\\_drugs\\_in\\_France.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IRDES_-_France/14/Encouraging_direct_access_to_OTC_drugs_in_France.html).
91. Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª Edición. Barcelona; Ed. Massons. 2003.
92. Ramay, Brooke M., Paola Lambour, and Alejandro Cerón. "Comparing antibiotic self-medication in two socio-economic groups in Guatemala City: a descriptive cross-sectional study." *BMC Pharmacology and Toxicology* 16, no. 1 (2015): 11.
93. Ras vidal, E; Moya Ortiz P. Prescripción médica o automedicación. Aten Primaria.
94. Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC. Boletín Oficial del Estado, nº.264. (4 de noviembre de 2003).
95. Rebagliato M, Ruiz J, Arranz M. Metodología de investigación en Epidemiología.Madrid: Díaz de Santos, 1996.
96. Sawair FA, Baqain ZH, Abu Karaky A, Abu Eid R. Assessment of self-medication of antibiotics in a Jordanian population. *Med. Princ. Pract.* 2009; 18 (1):21-5.

97. Shahbaz Baig. Self-medication practices. *Professional Med Journal*. July-Aug 2012; 19(4): 513-521.
98. Sharma, Ajitha, Shweta Oommen, Isabella Topno, and Rama Prakasha Saya. "Perceptions and practices of self-medication in healthcare and nonhealthcare university students in South India." *Journal of basic and clinical physiology and pharmacology* (2015).
99. Shehnaz, Syed Ilyas, Anoop Kumar Agarwal, and Nelofer Khan. "A systematic review of self-medication practices among adolescents." *Journal of Adolescent Health* 55, no. 4 (2014): 467-483.
100. Shehnaz, Syed Ilyas, Nelofer Khan, Jayadevan Sreedharan, Khaled Jamal Issa, and Mohamed Arifulla. "Self-medication and related health complaints among expatriate high school students in the United Arab Emirates." *Pharmacy Pract* 11, no. 4 (2013): 211-8.
101. Suleman S, Ketsela A, Mekonnen Z.. Assessment of self-medication practices in Assendabo town, Jimma zone, southwestern Ethiopia. *Research in Social & Administrative Pharmacy* 2009; 5 (1):76-81.
102. Tejedor N, Zafra E, Sánchez del Viso Y, López Muñoz A, Vidal C, López Castro F. Trastornos comunes de Salud: autocuidado y automedicación. *Aten Primaria* 1995; 18:13-18.
103. Vacas Rodilla E, Castellà Dagà I, Sánchez Giralt M, Pujol Algué A, Pallarés Comalada MC, Balagué Corbera M. Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero. *Aten Primaria* 2009; 41 (5):269-74.
104. Vera Romero O, Vera Romero F. Diseño y validación de un cuestionario para medir automedicación (CAuM-ovr) en estudiantes universitarios. *Rev. cuerpo méd. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 6(1) 2013. Chiclayo – Perú.
105. World Health Organization. Guidelines for the medical assessment of drugs for use in self-medication. World Health Organization (Regional Office for Europe) Copenhagen. 1986.

## Bibliografia.

---

106. Yousef AMM, Al-Bakri AG, Bustanji Y, Wazaify M. Self-medication patterns in Amman, Jordan. *PharmWorld Sci* 2008; 30(1):24-30.
107. You, Mi-Ae, Su-Min Nam, and Youn-Jung Son. "Parental Experiences of Medication Administration to Children at Home and Understanding of Adverse Drug Events." *The journal of nursing research: JNR* (2015).
108. Zargarzadeh AH, Minaeiyan M, Torabi A. Prescription and nonprescription drug use in Isfahan, Iran: An observational, cross- sectional study. *Curr Ther Res Clin Exp.* 2008; 69(1):76-87.
109. Zhu, X., H. Pan, Z. Yang, B. Cui, D. Zhang, and W. Ba-Thein. "Self-medication practices with antibiotics among Chinese university students." *Public health* (2015).



## **9. LISTA DE TABLAS**

1. Prevalencia de la automedicación en los diferentes estudios.....	35,36
2. Prevalencia de automedicación en la muestra.....	56
3. Distribución de la automedicación en la muestra según sexo.....	56
4. Distribución de la automedicación en la muestra según nivel de estudios.....	57
5.1. Distribución de las alergias entre los participantes.....	58
5.2. Distribución de la automedicación en la muestra según tipos de alergias.....	58
6. Distribución de la automedicación en la muestra según patologías crónicas más importantes.....	59
7. Distribución de la automedicación en la muestra según motivo de consulta.....	60
8. Distribución de la automedicación en la muestra según tipo de farmacia.....	62
9. Distribución de la automedicación en la muestra según motivo de consumo de fármacos tras alguna enfermedad.....	63
10. Distribución de la automedicación en la muestra según frecuencia de toma medicamentos.....	64
11. Distribución de la automedicación en la muestra según frecuencia de leer los prospectos.....	65
12. Distribución de la automedicación en la muestra según escala numérica de claridad de los prospectos.....	66
13. Distribución de la muestra según conocimiento del uso de los medicamentos.....	67
14. Distribución de la automedicación en la muestra según motivos de solicitar medicamentos sin receta.....	67
15. Distribución de la automedicación en la muestra según conocimientos de la indicación correcta de los medicamentos.....	68

## Lista de tablas.

---

16. Distribución de la automedicación en la muestra según conocimiento de los fármacos genéricos.....	68
17. Distribución de la automedicación en la muestra según uso de los fármacos genéricos.....	69
18. Distribución de la automedicación en la muestra según preferencia de tipos de medicamentos.....	69
19. Distribución de la automedicación en la muestra según aconsejar sobre medicamentos a conocidos y familiares.....	70
20. Distribución de los conocimientos de los riesgos del mal uso de los medicamentos en la automedicación.....	70
21. Distribución del conocimiento del uso de los medicamentos en la automedicación.....	71
22. Distribución de los beneficios esperados de la automedicación.....	72
23. Distribución de selección de los medicamentos utilizados en la automedicación.....	73
24. Descriptivo de la edad en la automedicación.....	76
25. Distribución de los grupos terapéuticos más utilizados en la automedicación.....	77
26. Descriptivo de la valoración del sistema sanitario en la automedicación.....	82
27. Descriptivo de la valoración del farmacéutico en la automedicación.....	82
28. Descriptivo de la valoración del médico en la automedicación.....	82
29. Factores relacionados con la automedicación.....	87
30. Relación de factores relacionados con la automedicación.....	88
31. Factores relacionados con la posología.....	88

## **10. LISTA DE FIGURAS.**

1. Distribución de la muestra según motivo de consumo de fármacos tras alguna enfermedad.....	63
2. Distribución de la muestra según frecuencia de toma medicamentos.....	64
3. Distribución de la posología correcta en la automedicación.....	77
4. Distribución de fuentes de información para solicitar los medicamentos en la automedicación.....	78
5. Distribución de dónde consiguió la medicación en los automedicados.....	79
6. Distribución de los efectos adversos de la automedicación.....	79
7. Distribución de fuentes de información para usar los medicamentos en la automedicación..	80
8. Distribución del motivo principal que justificaba la automedicación.....	81

## **11. LISTA DE ABREVIATURAS.**

**AINES:-** Antinflamatorios No Esteroideos

**AMM:-** Asociación Mundial de Medicina.

**EFP:-** Especialidades Farmacéuticas Publicitarias.

**ENS:-** Encuesta Nacional de Salud.

**IC:-** Intervalo de Confianza.

**IM:-** Intramuscular.

**IV:-** Intravenosa.

**OTC:-** Over The Counter.

**OMS:-** Organización Mundial de la Salud.

**OR:-** Odds Ratio.

**ORL:-** Otorrinolaringología

**P:-** Chi-cuadrado de Pearson.

**P:-** Valor de significación.

**PRM:-** Problema Relacionado con la Medicación.

**RAM:-** Reacción Adversa a Medicamentos.

**SPSS:-** Statistical Package for Social Science.

**UAM:-** Universidad autónoma complétense.

## **12. ANEXOS.**



**12.1. ANEXO I: Cuestionario.**

**AUTOMEDICACIÓN EN PACIENTES EN URGENCIAS DE UN  
CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

El cuestionario es anónimo. Los datos e información contenidos son confidenciales y secretos y su tratamiento/proceso será únicamente estadístico y global. Su uso se destina exclusivamente a los objetivos de esta investigación aplicada y de Salud Pública. El objetivo de este trabajo es estimar el grado de automedicación de los pacientes en un centro de atención primaria

**CUESTIONARIO**

Nº \_\_\_\_\_

**1. Sexo**

- Varón
- Mujer

**2. Edad:**.....años

**3. Nivel de Estudios**

- Sin estudios
- Graduado escolar
- BUP/FP/COU
- Diplomado/Licenciado

**4. Ocupación y/o profesión de los padres y nivel de estudios**

P.....  
.....

M.....  
.....

**5. Motivo de consulta (patología)**.....  
.....

**6. RAMS (Alergias)**.....  
.....

**7. ¿Padece alguna enfermedad crónica diagnosticada?**

Sí No

¿Cuál/es?.....

**8. ¿Padece problemas o síntomas habituales de enfermedad leve?**

Sí No

¿Cuál/es?.....

**9. Tipo de Farmacia a la que se acude habitualmente.**

- Indistinta
- La de confianza
- Depende de la necesidad
- La recomendada
- Otras

(Indicar).....

**10. ¿Por qué consume fármacos, tras algún problema de Salud?**

- Tratamiento médico agudo
- Tratamiento médico crónico
- Recomendación por el farmacéutico
- Automedicación
- Otras razones

(Indicar).....

**11. ¿Con qué frecuencia toma medicamentos?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algún día
- Casi todos
- Todos

**12. ¿Qué vía de administración prefiere?**

- Oral
- Inhalatoria
- Tópica
- Rectal
- Intramuscular
- Otras (Indicar).....



**13. ¿Qué forma farmacéutica le gusta más?**

- Cápsulas
- Colirios
- Comprimidos
- Cremas
- Enemas
- Gotas
- Jarabes
- Píldoras
- Pomadas
- Sobres
- Supositorios
- Otras.....

**14. ¿Lee habitualmente los prospectos?**

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**15. ¿Le parecen claros y sencillos? Valoración académica del 1 al 10. (Muy fácil 10- Muy difícil 1)**

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**16. ¿Sabe usar habitualmente los medicamentos? (dosis, tiempo...)**

Sí    No

**17. Usted, ¿ha tomado algo por su cuenta?**

Sí    No

**18. ¿Qué ha tomado y como lo ha tomado ( pauta)?**

- Fármacos, cuáles? .....
- .....
- Plantas medicinales, cuáles? .....
- .....
- Remedios caseros.....
- .....

**19. ¿Por qué acude a la farmacia a solicitar medicamentos sin receta?**

- Por no ir por la receta y hacer un seguimiento terapéutico
- Por consejo de algún familiar o amigo
- Por consejo en la farmacia
- Por tratamiento crónico
- Síntomas o padecimientos más frecuentes que le hacen ir a la Farmacia
- Otras: .....

**20. ¿Conoce la indicación correcta del medicamento solicitado sin prescripción facultativa?**

Sí      No  
¿Cuál?.....

**21. ¿Conoce los fármacos genéricos?**

Sí      No

**22. ¿Los utiliza?**

Sí      No

**23. Si puede elegir, ¿qué prefiere que le dispensen?**

- Especialidades farmacéuticas
- Genéricos
- Indistintamente

**24. ¿Da consejos sobre los medicamentos que toma, a algún conocido o familiar, que presenten síntomas similares a los suyos?**

Sí      No

**25. ¿Es consciente de los riesgos que se pueden derivar de un mal uso de los medicamentos?**

Sí      No

ANEXO I.

---

**26. ¿Cuál ha sido su fuente de información, a la hora de solicitar un medicamento sin receta médica?**

- Médico
- Farmacéutico
- Otros profesionales sanitarios
- Prescripción anterior
- Familiares/Amigos
- Prospecto
- Publicidad
- Otras fuentes
- ¿Cuáles? .....

**27. ¿Dónde consiguió la medicación obtenida sin prescripción médica?**

- Farmacia
- Botiquín de casa
- Familiares/amigos
- Otros.....

**28. ¿Ha empleado el medicamento solicitado en la Farmacia sin receta, en alguna ocasión? (referido a la última vez que acudió a la farmacia)**

Sí      No

**29. ¿Ha padecido efectos secundarios, con el medicamento dispensado sin prescripción médica?**

Sí      No

**30. Los notifica o comunica al médico o farmacéutico?**

Sí      No

**31. ¿Qué medicamentos tiene en casa y toma habitualmente, ya sea para un tratamiento agudo o crónico de enfermedad o por otros síntomas o motivos y cuál es la razón de emplearlo?**

Medicamento 1..... Medicamento 5.....  
Razón..... Razón.....

Medicamento 2.....  
Razón.....

Medicamento 3.....  
Razón.....

Medicamento 4.....  
Razón.....

## ANEXO I.

---

### 32. ¿Toma plantas medicinales?

Planta Medicinal 1.....

Razón.....

Planta Medicinal 2.....

Razón.....

Planta Medicinal 3.....

Razón.....

Planta Medicinal 4.....

Razón.....

Planta Medicinal 5.....

Razón.....

### 33. ¿Con qué asocia la toma de medicamento, con receta médica, para no olvidar tomarlos?

- Comidas
- Reloj
- Al irse a acostar
- Al levantarse
- Antes de salir de casa
- Cuando le duele
- Cuando llega a casa
- Otras

### 34. ¿Por qué razón estima oportuno y adecuada la Atención Farmacéutica (prescripción, apoyo, consejos del farmacéutico , seguimiento.)?

- Conoce su historial sanitario
- Es un profesional sanitario
- Apoyo a lo que recomienda el médico
- El farmacéutico tiene que cambiar su rol
- Otros motivos

¿Cuáles?

.....

### 35. ¿Confía en los farmacéuticos? Valoración académica del 1 al 10 (Muy mala 1 – Muy buena 10)

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

ANEXO I.

---

**36. ¿Cuál es la valoración del proceso asistencial por parte del sistema sanitario?**

Valoración académica del 1 al 10 (Muy mala 1 – Muy buena 10)

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**37. ¿Cuál es la valoración del proceso asistencial en relación con el farmacéutico?**

Valoración académica del 1 al 10 (Muy mala 1 – Muy buena 10)

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**38. ¿Cuál es la valoración del proceso asistencial en relación con el médico?** Valoración académica del 1 al 10 (Muy mala 1 – Muy buena 10)

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**39. Cuando se automedica y precisa información sobre el medicamento a utilizar, cuál es la primera fuente a utilizar?**

- El médico
- El farmacéutico
- Familiar / amigo
- Prescripción anterior
- Internet
- Prospecto
- Otras:.....

**40. ¿Qué beneficios espera conseguir o percibe a la hora de tomar la decisión de automedicarse?**

- Ahorrar tiempo evitando las esperas en el centro de salud
- No malgastar los recursos sanitarios ni el tiempo en problemas de fácil solución
- Aprovechar mi experiencia previa y la de personas de mi entorno, para solucionar problemas menores de salud pues es garantía de curación
- Menor dependencia del sistema sanitario y de sus profesionales sanitarios
- Por controlar su Salud y mejora el autocuidado
- Otras:.....

**41. Es usted selectivo a la hora de decidir que medicamentos utiliza en automedicación?**

- Sí, solo adquiero medicamentos que no requieren receta
- Sí, solo adquiero medicamentos que ya conozco, porque me los habían recetado antes.
- No, porque mi objetivo principal es solucionar cuanto antes mi problema de salud.
- No especialmente, porque si son peligrosos, no podrían venderlos.
- Otras:.....

ANEXO I.

---

**42. ¿Cuál es el motivo principal del porqué te automedicas sin acudir previamente al médico?**

- Problema leve de salud
- Conocimiento previo del fármaco
- Difícil acceso a los servicios sanitarios
- No te gusta ir al médico
- Sensación de dominio del problema de salud
- Falta de tiempo para ir al médico
- Insistencia del padre/madre/tutores
- No sabe/No contesta
- Otros.....

**OBSERVACIONES DEL ENCUESTADO**

.....

.....

.....

.....

**OBSERVACIONES DEL ENCUESTADOR**

.....

.....

.....

.....

En..... a..... de..... de 20.....

Teléfono de contacto .....

ANEXO II.

**12.2. ANEXO II: Dictamen de la Comisión de Investigación.**



Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Comisión de Investigación

**APROBACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Esta Comisión tras evaluar en su reunión de 14 de Enero de 2014 el Proyecto de Investigación:

Título:	Automedicación en pacientes en urgencias de un centro de Atención Primaria		
I.P.:	D. Marwan Muhana Al nono	Servicio/Unidad	Atención Primaria

Acuerda respecto a esta documentación:

- Que cumple con los requisitos exigidos por esta Comisión para su realización, por tanto se decide su APROBACIÓN.

Los miembros que evaluaron esta documentación:

		Presente	Ausente	Disculpa
Presidente	Dr. Ricardo Guijarro Jorge	X		
	Dr. Julio Cortijo Gimeno	X		
	Dra. Goizane Marcaida Benito	X		
	Dr. Carlos Sánchez Juan	X		
	D. Federico Palomar Llatas	X		
Vocales	Dr. Emilio López Alcina	X		
	Dr. Alfonso Berrocal Jaime	X		
	Dr. Julio Álvarez Pitti			X
	Dr. Miguel Armengot Carceller			X
	Dña. Ángela Garrido Bartolomé			X
	Dr. Miguel Sanfeliu Giner		X	
	Dr. Manuel Navarro Villena			x
Secretario	Dra. Amparo Esteban Reboll	X		
	D. Carlos Gil Santiago	x		

Lo que comunico a efectos oportunos a miércoles, 15 de enero de 2014:



Fdo. Dr. Ricardo Guijarro Jorge  
Presidente de la Comisión de Investigación:

## ANEXO III.

### 12.3. ANEXO III: Dictamen del Comité de Ética.



Consortio Hospital General Universitario de Valencia

Comité Ético de Investigación Clínica

#### APROBACIÓN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

- ANEXO 11 -

Este CEIC tras evaluar en su reunión de 30 de Enero de 2014 el Proyecto de Investigación:

Título:	Automedicación en pacientes en urgencias de un centro de Atención Primaria.		
I.P.:	Dr. Marwan Muhana Al Nono	Servicio/Unidad	Atención Primaria

Acuerda respecto a esta documentación:

- Que el Proyecto de Investigación y Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado presentado reúnen las condiciones exigidas por este CEIC, por tanto se decide su APROBACIÓN.

Los miembros que evaluaron esta documentación:

		Presente	Ausente	Disculpa
Presidente	Dr. Severiano Marín Bertolín	x		
	D. Ernesto Bataller Alonso			x
	D. Alejandro Moner González			x
Miebrros Lego	Dña. Mª Teresa Jareño Roglan	x		
	Dña. Encarna Domingo Cebrián			x
	D. Jaime Alapont Pérez	x		
	Dña. Carmen Sarmiento Cabañes	x		
Vocales	D. Antonio Baltasar Olivas Nevado			x
	Dr. D. José Manuel Irazzo Miguélez			x
	Dr. D. Miguel Armengot Carceller			x
	Dr. D. Julio Cortijo Gimeno	x		
	Dra. Dña. Elena Rubio Gomis	x		
	Dr. D. Gustavo Juan Samper	x		
	Dra. Pilar Blasco Segura	x		
	Dra. Mª José Safont Aguilera	x		
	Dra. Ana Blasco Cordellat			x
	Dr. Antonio Martorell Aragonés	x		
	Dr. Aurelio Quesada Dorador			x
Dra. Begoña Peris Roig			x	



ANEXO III.



Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Comité Ético de Investigación Clínica

	Dr. Fco. Javier Cervera Planells				x
	Dr. José Vte. Roig Vila				x
	Dra. Inmaculada Sáez Ferrer	x			
	Dr. Alberto Berenguer Jofresa	x			
	Dra. Goitzane Marcaida Benito	x			
	Dr. Javier Milara Payá	x			
Secretario	Dra. Ana Mínguez Martí	x			

Lo que comunico a efectos oportunos:  
Valencia 10 de febrero de 2014

Fdo. Dr. Severiano Marin Bertolín  
(Presidente CEIC CHGUV)



## 12.4. ANEXO IV: Dictamen de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios



**DESTINATARIO:**

**MARWAN MUHANA AL NONO  
AVD. PORTUGAL, 7. PUERTA 14  
46009 - VALENCIA**

**Fecha: 4 de febrero de 2014**

**REFERENCIA: ESTUDIO AUTOMEDICACIÓN**

**ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN DE CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO**

Adjunto se remite resolución de clasificación sobre el estudio titulado **“AUTOMEDICACIÓN EN PACIENTES EN URGENCIAS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA”**, con código **MMA-MED-2014-01**



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS  
SOCIALES E IGUALDAD  
REGISTRO AUXILIAR  
AGENCIA E. DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS  
SANITARIOS  
SALIDA  
N. de Registro: 3623 / RG 16878  
Fecha: 06/02/2014 12:37:07

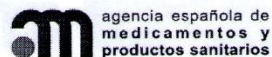
CORREO ELECTRÓNICO

farmacoepi@aemps.es

C/ CAMPEZO, 1 – EDIFICIO 8  
28022 MADRID

## ANEXO IV.

---



DEPARTAMENTO  
DE MEDICAMENTOS  
DE USO HUMANO

**ASUNTO: RESOLUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO**

**DESTINATARIO: MARWAN MUHANA AL NONO**

Vista la solicitud-propuesta formulada con fecha **4 de febrero de 2014**, por **MARWAN MUHANA AL NONO**, para la clasificación del estudio titulado **“AUTOMEDICACIÓN EN PACIENTES EN URGENCIAS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA”**, con código **MMA-MED-2014-01** y cuyo promotor es **MARWAN MUHANA AL NONO**, se emite resolución.

La Subdirección General de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), de conformidad con los preceptos aplicables, <sup>(1)</sup> **RESUELVE** clasificar el estudio citado anteriormente como **“Estudio Posautorización con Otros Diseños diferentes al de seguimiento prospectivo”** (abreviado como EPA-OD).

Para el inicio del estudio no se requiere la autorización previa de ninguna autoridad competente (AEMPS o CCAA)<sup>(2)</sup>. No obstante, salvo que haya sido presentada para la clasificación del estudio, el promotor deberá remitir a la AEMPS <sup>(3)</sup> la siguiente documentación antes del inicio del estudio:

- Protocolo completo (una copia en papel y otra en formato electrónico), incluidos los anexos, y donde conste el número de pacientes que se pretenden incluir en España, desglosado por Comunidad Autónoma.
- Dictamen favorable del estudio por un CEIC acreditado en España.

CORREO ELECTRÓNICO

farmacoepi@aemps.es

C/ CAMPEZO, 1 – EDIFICIO 8  
28022 MADRID

## ANEXO IV.



**am** agencia española de  
medicamentos y  
productos sanitarios

DEPARTAMENTO  
DE MEDICAMENTOS  
DE USO HUMANO

Contra la presente resolución que pone fin a la vía administrativa podrá interponerse Recurso Potestativo de Reposición, ante la Directora de la Agencia, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a aquel en que tenga lugar la notificación de la presente resolución. <sup>(4)</sup>

Madrid, a **5 de febrero de 2014**

EL JEFE DE DEPARTAMENTO DE  
MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

**am** agencia española de  
medicamentos y  
productos sanitarios  
Departamento de Medicamentos de Uso Humano  
División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia

César Hernández García

<sup>1</sup> Son de aplicación al presente procedimiento la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común; la Ley 12/2000, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social; la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios; el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos; el Real Decreto 1275/2011, de 16 de septiembre, por el que se crea la Agencia estatal "Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios" y se aprueba su estatuto; el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano y la Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las directrices sobre estudios posautorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano.

<sup>2</sup> De acuerdo con la Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre

<sup>3</sup> Los documentos se enviarán a la siguiente dirección postal: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Parque Empresarial "Las Mercedes", Edificio 8. C/ Campezo, 1. 28022 Madrid.

<sup>4</sup> De conformidad con lo dispuesto en los artículos 116 y 117 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, o Recurso Contencioso-Administrativo ante el Juzgado Central de lo Contencioso-Administrativo de Madrid, en el plazo de dos meses contados desde el día siguiente al de la notificación de la presente resolución, de conformidad con la Ley 29/1998, de 13 de Julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, sin perjuicio de poder ejercitar cualquier otro recurso que se estime oportuno. En caso de interponerse recurso de reposición no podrá interponerse recurso contencioso-administrativo hasta la resolución expresa o presunta del primero.

CORREO ELECTRÓNICO

farmacoepi@aemps.es

C/ CAMPEZO, 1 – EDIFICIO 8  
28022 MADRID