

# Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación

Baos Vicente V<sup>1</sup>

## RESUMEN

■ La automedicación constituye un hecho cotidiano y habitual en la mayoría de los hogares españoles. La utilización por voluntad propia de medicamentos conocidos o prescritos anteriormente por un médico, supone un acto sanitario que puede ocasionar perjuicios o beneficios al paciente que los ingiere. Los analgésicos y los antibióticos son dos de los grupos farmacológicos más usados en automedicación. Tanto uno como otro presentan posibles riesgos individuales y colectivos,

fundamentalmente el uso de antibióticos y la generalización de las resistencias bacterianas. Para conseguir revertir este hecho y enseñar a nuestros pacientes a utilizar correctamente los medicamentos, los médicos deberemos desarrollar medidas informativas y educativas, cada vez que prescribamos un fármaco.

**PALABRAS CLAVE:** Automedicación; Consejos; Educación.

**Inf Ter Sist Nac Salud 2000; 24: 147-152.**

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la Humanidad, el *autocuidado*, es decir, el propio tratamiento de los signos y síntomas de enfermedad que las personas padecen, ha sido la forma más utilizada para el mantenimiento de la salud. El ámbito familiar y/o tribal ha sido la fuente de conocimiento de las técnicas o remedios existentes en cada entorno cultural, traspasando verbalmente dichos conocimientos a las sucesivas generaciones. Desde que existe constancia escrita, siempre ha existido un «experto» que acumulaba las habilidades y técnicas de sanar, al que se recurría cuando el propio autocuidado no era suficiente para restablecer la salud.

Hoy en día, en que afortunadamente vivimos en un tiempo y en una sociedad con una atención sanitaria desarrollada, con medicamentos y técnicas quirúrgicas eficaces, necesitamos comprender que el *autocuidado sigue siendo necesario*, tanto para el manejo de enfermedades agudas no graves, pero muy frecuentes, como para la prevención (en forma de hábitos de vida saludables) de las enfermedades que hoy en día son la causa principal de enfermedad y muerte (problemas cardiovasculares y cáncer).

Durante mucho tiempo, los médicos hemos pensado que todo lo que afecta a la salud y a la enfermedad de las personas nos pertenecía por completo. Habitualmente ordenábamos en tono imperativo lo que el

paciente debía hacer: medicamentos, prohibiciones, etc.; deseábamos controlar en todo momento las decisiones que afectaban a la salud y a la enfermedad de nuestros pacientes. Este es un modelo de relación médico-paciente en el que la capacidad de autonomía y de decisión del propio enfermo es anulada, bajo la excusa de una supuesta incapacidad para opinar o tomar las decisiones que afecten a su propia salud y enfermedad (1).

Lamentablemente, esta actitud persiste todavía en muchos médicos. Con este planteamiento, tomar un medicamento por propia iniciativa para buscar el alivio de una enfermedad o de un síntoma, es calificado de erróneo y peligroso para la salud del individuo.

Mientras tanto, en la inmensa mayoría de los hogares, una gran parte de las enfermedades que aparecen en la vida de las personas, son manejadas, al menos inicialmente, con alguna de las técnicas o medicamentos que la propia familia conoce o tiene a su alcance para aliviar dichos problemas.

La AUTOMEDICACIÓN se ha definido de forma clásica como «el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico». El paciente ha aprendido su decisión en un ámbito más o menos próximo: familia, amigos o vecinos, farmacéutico, la reutilización de la receta de un médico o la sugerencia de un anuncio. Hoy en día, la automedicación debería ser entendida como «*la voluntad y la capacidad de las personas-pacientes para participar de manera inteligente y autónoma (es decir, informada) en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen*» (2,3).

(1) Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud «Collado Villalba». INSALUD. Área 6 Madrid.

## BENEFICIOS PERSONALES Y SOCIALES DE LA AUTOMEDICACIÓN

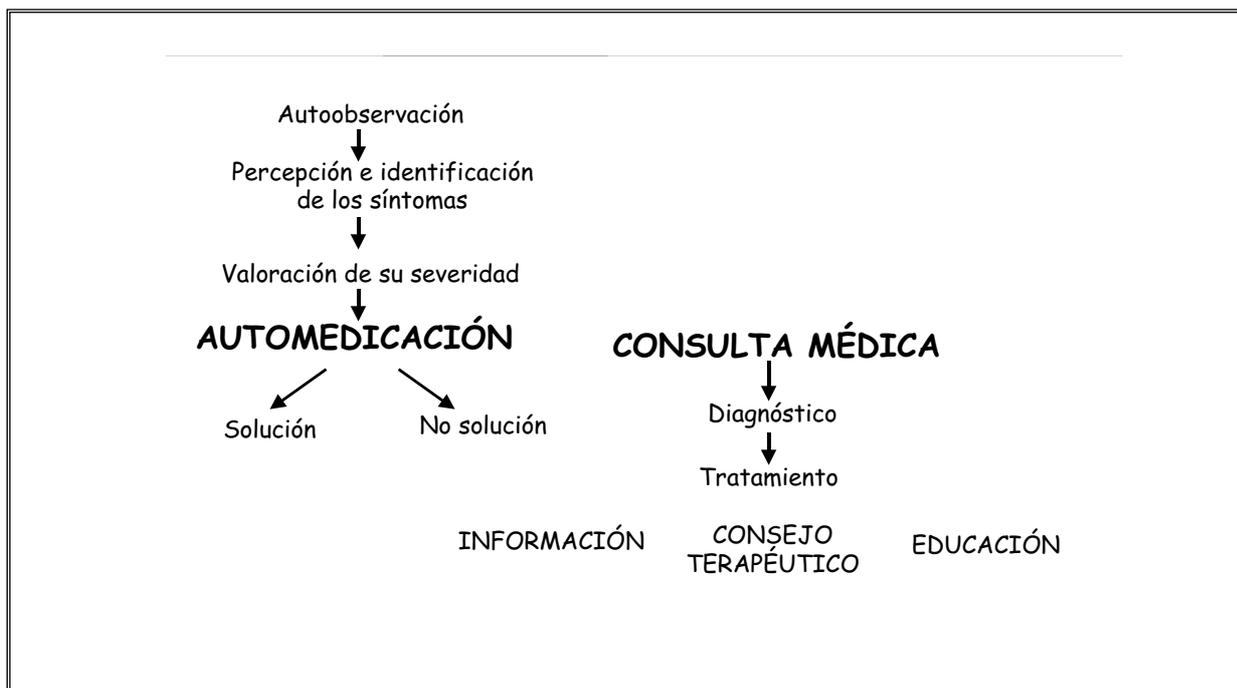
La solución o el alivio de multitud de molestias y pequeños problemas de salud que se presentan a lo largo de la vida, se puede realizar desde la propia autonomía de un individuo o una familia bien informada en el uso de técnicas y de medicamentos útiles y seguros para esta misión. Esta forma independiente de tomar medicamentos, es absolutamente complementaria (y no opuesta) a la labor profesional de los médicos. La solución en el ámbito doméstico o laboral evitará la necesidad de desplazamientos, esperas u otros inconvenientes de la asistencia sanitaria, en muchos casos congestionada. Los éxitos en el alivio de estas enfermedades reforzará su autonomía como individuos, y dará en la familia un valor añadido al *cuidador*. Esta independencia es un acto de autoafirmación, hecho que buscamos en todos los ordenes de la vida.

Los beneficios sociales y sanitarios son también destacados. En nuestro país, la asistencia sanitaria, realizada para la mayoría de la población por el Sistema Nacional de Salud, presenta un buen número de virtudes (cualificación técnica de sus profesionales, gratitud, accesibilidad para toda la población sin limitaciones); pero también defectos que provocan

insatisfacción en los usuarios (listas de espera, masificación, gasto de tiempo). La posibilidad de autocuidado y automedicación de las enfermedades más comunes, constituye una forma de desahogo para el sistema sanitario: si no es necesario consultar al médico para todos los males que nos ocurren, éstos podrán dedicar mayor tiempo y esfuerzo al estudio, tratamiento y prevención de las enfermedades más graves que requieren la intervención médica cualificada. El beneficio de esa actitud es global. Los recursos sanitarios —profesionales y económicos— deben ser utilizados para conseguir el máximo provecho social e individual (4).

La identificación de atención a la salud con atención médica es un error conceptual. La atención sanitaria debe entenderse como una prolongación del autocuidado que va desde la autoobservación, la percepción e identificación de los síntomas, la valoración de su severidad y la elección de una opción de tratamiento o la petición de ayuda profesional (5). Nuestra sociedad está muy medicalizada con una gran dependencia de los profesionales, hecho contrastado en la mayoría de las consultas de atención primaria donde un gran número de consultas son motivadas por patología susceptible de realizar un correcto autocuidado y automedicación (6) (Figura 1).

FIGURA 1  
COLABORACIÓN MÉDICO-PACIENTE



## ERRORES HABITUALES DE LA AUTOMEDICACIÓN

Los medicamentos disponibles para la automedicación en nuestro país (Especialidades Farmacéuticas Publicitarias —EFP—) constituyen una pequeña parte de los medicamentos consumidos con este fin. La automedicación con fármacos que precisan receta médica es muy habitual, sea por reutilización tras una prescripción previa o adquirida directamente en la oficina de farmacia. Esta realidad española provoca múltiples *errores de utilización* que suponen el área de trabajo prioritaria para modificar y reconducir hacia una automedicación responsable y positiva.

### 1. ANALGÉSICOS

El consumo de analgésicos por la población española, y el posible abuso que se puede generar, es un hecho poco valorado por los médicos españoles. Las cifras disponibles sobre el consumo de estos medicamentos nos indican una exposición masiva de la sociedad a los analgésicos en todos los grupos de edad y para una amplia muestra de situaciones patológicas. En el año 1996 los envases dispensados a cargo del Sistema Nacional de Salud del grupo de analgésicos como el paracetamol, el ácido acetilsalicílico, el metamizol y el clonixinato de lisina, supusieron algo más de 1 envase/habitante/año. El consumo en automedicación de este grupo terapéutico supone, al menos, duplicar la cantidad total ingerida por nuestra población. Desde el año 1994, la venta de analgésicos ha subido un 23% (7). Si añadimos el consumo de medicamentos asociados en combinación fija analgésica, los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y otras especialidades farmacéuticas que mezclan varios productos con analgésicos, tendremos al tratamiento del dolor, en sus diversas manifestaciones, como la principal actividad clínica de una gran mayoría de los médicos.

Uno de los *riesgos* del uso habitual de los analgésicos simples es la *Nefritis Intersticial*. Se estima que el 11% de todos los casos de *Insuficiencia Renal Terminal*, cuya incidencia es alrededor de 110 nuevos casos por 1.000.000, es atribuida al consumo de analgésicos (3).

El tratamiento no supervisado del dolor se ha complicado al extenderse el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) para esta indicación. Su consumo creciente aumenta los riesgos de efectos adversos, tanto en prescripción médica como en automedicación. La incidencia de *Hemorragia Digestiva Alta* (HDA) de 650 casos por 1.000.000 habitantes/año, de los cuales el 40% son atribuibles al ácido acetilsalicílico y al resto de AINEs (8).

El ejemplo del tratamiento de la cefalea, en sus distintos tipos, ilustra, en mi opinión, los errores cometidos y la necesidad de corregirlos. Los pacientes afectados de Migraña y Cefalea de Tensión no siempre han recibido una correcta valoración clínica y terapéutica que les haga comprender y tratar su enfermedad. El paciente, resignado ante su enfermedad y a la falta de opciones eficaces que ha recibido habitualmente del sistema sanitario, ha optado por el uso indiscriminado y desordenado de los analgésicos, con o sin receta, para paliar en lo posible sus síntomas. Este panorama negativo, pero habitual, ha desencadenado la existencia de un número importante de pacientes con Cefalea Crónica Diaria con abuso de analgésicos, independientemente de que la causa inicial de la cefalea sea la evolución de su migraña o el resultado de episodios muy frecuentes de cefalea tensional. El consumo de analgésicos en automedicación constituye un factor importante en la definición del problema, sobre todo con los preparados que combinan alcaloides del ergot y cafeína con o sin analgésicos a dosis bajas, así como la utilización de dosis inadecuadas de los analgésicos simples (9-11). Modificar esta situación con medidas de intervención y formación es la única vía para corregir estos riesgos.

### 2. ANTIBIÓTICOS

En torno a los antibióticos, la mayoría de las personas tienen una gran expectativa cultural. Se espera de ellos la curación definitiva del proceso infeccioso que amenaza al paciente o a su familia. La mayor parte de los tratamientos médicos solo procuran alivio, mejoría o control, tanto en las enfermedades agudas como en las crónicas. Por esta razón, los antibióticos son valorados como el tratamiento definitivo de esa enfermedad, la máxima esperanza de curación al administrarlo.

Los antibióticos son solicitados por los propios pacientes en la consulta, incluso a pesar de un diagnóstico médico infeccioso que no precisa de su uso. Los pacientes nos dicen: ¿y si diéramos un antibiótico, para prevenir o por si acaso? Otros reutilizan un envase previo guardado en el botiquín casero o van directamente a la farmacia, piden una marca conocida y se la autoadministran ellos o a sus hijos (12).

Diversos estudios (13,14) han abordado el consumo de antibióticos en automedicación en España. Alrededor del 25% de los 80 millones de envases anuales de antibióticos son consumidos de esta forma. Pero no solamente este hecho indica un mal uso de estos medicamentos, sino también que solamente 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 adecuada del tratamiento. La mayoría abandonan el mismo al sentirse mejor. Muchos de estos envases restantes serán reutilizados. Se estima que el 88% de la población española recibe antibióticos al menos una vez al año (15).

España es ampliamente reconocida en la comunidad científica como *uno de los países con mayores tasas de resistencias bacterianas*, sobre todo en los patógenos de origen comunitario. La exportación de «clones españoles» de bacterias como el *Streptococcus pneumoniae* ha identificado la problemática española respecto a las resistencias bacterianas. Las bacterias de origen comunitario presentan en nuestro país, tasas de resistencias que se encuentran entre las más altas de la Unión Europea. Patógenos respiratorios como el *Streptococcus pneumoniae* tiene una resistencia estimada (sumadas la alta y media) a penicilinas de un 40%, siendo a macrólidos de un 18%; *Haemophilus influenzae* tiene una resistencia aproximada de un 40% a aminopenicilinas, incrementándose progresivamente la resistencia a fluoroquinolonas. Otros gram-negativos como *Escherichia coli* y *Pseudomonas aeruginosa* tienen un nivel de resistencias a múltiples antimicrobianos (cefalosporinas incluidas) con un crecimiento preocupante (16-20).

*Usar los antibióticos de forma racional y adecuada constituye una obligación y un reto fundamental para mantener un correcto equilibrio entre una buena práctica clínica y la necesidad de disminuir el impacto de las resistencias bacterianas.*

### 3. OTROS MEDICAMENTOS

Cualquier medicamento, independientemente de su perfil beneficio-riesgo puede tener un potencial mal uso. Los medicamentos de venta libre (EFP) tienen unas características de menor riesgo que fueron definidas en el año 1986 por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (21): deben ser *eficaces* sobre los síntomas que motivan su empleo, que en general deben ser de naturaleza autolimitada, es decir no tener una evolución progresiva o agravante, han de ser *fiabiles* para dar una respuesta consistente y suficientemente rápida, para que quién los consuma note sus efectos beneficiosos y, por supuesto, deben ser *seguros*, ya que deben emplearse en situaciones de buen pronóstico y cuya identificación no sea difícil para el profano. Son enfermedades que por su frecuencia y características deben ser fácilmente diagnosticables. Por último, su *empleo* debe ser *fácil y cómodo* para que el usuario no requiera precauciones complejas o poco habituales. Deben tener un amplio margen terapéutico —los errores en la dosificación no deben

tener repercusiones graves—. Asimismo, se recomienda que en el prospecto contenga las especificadas las situaciones donde se deberá consultar a un médico. Bajo estas condiciones, los medicamentos de venta libre pueden permitir una automedicación correcta.

En los últimos años, un gran número de medicamentos han modificado su requisito de receta médica por la venta libre, sobre todo en países anglosajones y escandinavos: ranitidina, loratadina, antifúngicos tópicos,  $\beta_2$  miméticos, etc. (22) La facilidad de uso y su libre disposición puede provocar errores en su aplicación y errores en el abordaje global de la enfermedad a la que van dirigidos (23). Sin una actividad educativa sobre el uso de medicamentos, el cambio de legislación sobre el mecanismo de adquisición del fármaco no garantiza una mejor utilización.

### ENSEÑAR A AUTOMEDICARSE, ¿ES POSIBLE?

#### • INFORMAR, ACONSEJAR Y EDUCAR

Nuestra labor como médicos que tratamos enfermedades y ayudamos a prevenirlas, consta de una triada terapéutica: *Información, Consejo terapéutico y Educación*. Aplicar en nuestra práctica diaria estos tres elementos del acto médico conllevará una visión global imprescindible al acto de prescribir fármacos (Tabla I).

TABLA I

#### RECOMENDACIONES PARA UN USO CORRECTO DE LOS FÁRMACOS

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>INFORMACIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Qué enfermedad tiene el paciente</li> <li>– Origen de la misma</li> <li>– Gravedad o levedad de la afección</li> <li>– Duración posible de la misma</li> <li>– Posibles complicaciones</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CONSEJO TERAPÉUTICO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Para qué sirve el fármaco recomendado</li> <li>– Dosis exacta y frecuencia de administración</li> <li>– Efectos adversos de posible aparición</li> <li>– Duración del tratamiento</li> <li>– Qué hacer si no hay mejoría o hay agravamiento</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EDUCACIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Qué hacer en otra ocasión similar</li> <li>– Qué fármacos puede o no tomar</li> <li>– Signos de alarma que obliguen a una consulta médica</li> <li>– Fomentar una actitud positiva hacia la autoobservación</li> <li>– Favorecer la colaboración y la comunicación del paciente</li> </ul> </li> </ul>

## 1. INFORMACIÓN

Si a cualquier persona se le explica por qué y para qué se le receta o no un medicamento, comprenderá y aceptará de mejor grado las decisiones que se tomen. El conocimiento básico de la enfermedad que vamos a tratar ayuda a comprender el manejo de la misma. Si una persona que padece Migraña no conoce las características básicas de la enfermedad (por ejemplo: factores desencadenantes, posible duración, síntomas acompañantes, etc.), difícilmente actuará de una manera adecuada en el alivio de su enfermedad. *Informar con lenguaje básico* cuando una infección respiratoria es de carácter viral y no precisa tratamiento antibiótico y por qué, facilita la comprensión y colaboración de los pacientes.

## 2. CONSEJO TERAPÉUTICO

El incumplimiento terapéutico es un grave problema en tratamiento agudos y crónicos y refleja un planteamiento incompleto o mal comprendido de los objetivos que tiene cualquier tratamiento recomendado. Si el paciente no está informado y ha comprendido que el tratamiento antihipertensivo tiene una duración indefinida para disminuir el riesgo cardiovascular, o que la duración del tratamiento antibiótico debe ser de 10 días para la completa erradicación de los gérmenes, difícilmente conseguiremos un uso adecuado de los fármacos. Si al mismo tiempo explicamos sus condiciones de uso y sus limitaciones: dosis, frecuencia de dosis, tiempo de tratamiento, condiciones de toma, etc, estaremos dibujando el perfil correcto para el uso de este fármaco en las condiciones presente y futuras.

Nosotros aconsejamos el uso de fármacos, pero el paciente decide. Solamente mediante *pacientes convencidos e informados* conseguiremos disminuir una automedicación desordenada y errónea, así como el incumplimiento terapéutico.

## 3. EDUCACIÓN

Una gran parte de los usos erróneos de la automedicación han surgido del modelo médico del que han aprendido. Si su médico habitual les ha prescrito antibióticos ante cualquier síntoma infeccioso, sin mayores explicaciones, el paciente fácilmente optará en otra ocasión por repetir sin necesidad de consulta, la misma actitud que ha visto del profesional sanitario. Los médicos somos el modelo educativo sanitario para nuestros pacientes. Mantener una actitud rigurosa en nuestra labor es una buena manera de definir las condiciones de uso de los fármacos. Con una *actitud educativa habitual* incidiremos sobre amplios grupos

de población que podrán influir directamente sobre su entorno familiar y de amistades. Este aspecto es de la mayor importancia en la automedicación de los niños por parte de sus padres o cuidadores.

Los médicos somos educadores y técnicos en la tarea de ayudar a los pacientes y sus familias a cuidar y restablecer su propia salud. Esta manera de entender la profesión médica como apoyo al propio cuidado es muy diferente de la que hasta ahora ha predominado: el papel de mago de la tribu al que las personas se acercaban con miedo y veneración. En este contexto, el autocuidado y la automedicación representan un pilar importante en esta forma de entender las relaciones entre médicos y pacientes. Una relación de consejero y educador, además de sanador de las enfermedades presentadas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Baos V. Sin receta. La automedicación correcta y responsable. Madrid. Ediciones Temas de Hoy. 1996.
2. Laporte JR, Castel JM. El médico ante la automedicación. *Med Clin (Barc)* 1992;99:414-416.
3. Laporte JR. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? *Med Clin (Barc)* 1997;109:795-796.
4. Blenkinsopp A, Bradley C. Patients, society and the increase in self medication *BMJ* 1996;312:629-632.
5. Llauger MA, Contijoch C. Autocuidados y atención primaria. *Aten Primaria* 1997;19:267-270.
6. Llauger MA, Mas M, Flor X, Iglesias C et al. Autocuidados en el resfriado común: intervenciones realizadas desde la atención primaria. *Aten Primaria* 1992;10: 892-894.
7. Pérez Talavera AE, Quintana Gómez JL, Fidalgo García ML. Uso y abuso de analgésicos. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1996; 20(2): 29-40.
8. Laporte JR, Carne X, Vidal X, Moreno V, Juan J. Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesics and non-steroidal antiinflammatory drugs. *Lancet* 1991;337:85-89.
9. Edmeads JG, Gawel MJ, Vickers J. Strategies for diagnosing and managing medication-induced headache. *Can Fam Physician* 1997;43:1249-1254.
10. Ryan CW. Evaluation of patients with chronic headache *Am Fam Physician* 1996;54: 1051-1057.
11. Sheftell FD. Role and impact of over-the-counter medications in the management of headache. *Neurol Clin* 1997;15:187-198.

12. Alós JI, Carnicero H. Consumo de antibióticos y resistencia bacteriana a los antibióticos: «algo que te concierne». *Med Clin (Barc)* 1997;109:264-270.
13. Orero A, González J, Prieto J. Antibióticos en los hogares españoles. Implicaciones médicas y socioeconómicas. *Med Clin (Barc)* 1997;109:782-785.
14. Sociedad Española de Quimioterapia. Estudio sobre el uso de los antibióticos en España. Madrid. Gabinete Pfizer de Recursos Humanos. 1994.
15. González J, Orero A, Rodríguez ML. Uso de los antimicrobianos en la comunidad. *JANO* 1997;1206 (supl):4-8.
16. Kunin CM. Resistance to antimicrobial drugs. A worldwide calamity. *Ann Intern Med* 1993; 118:557-561.
17. Baquero F (coord) y otros. Informe sobre resistencias bacterianas: ¿qué hacer? Panel de expertos. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Med Clin (Barc)* 1996; 106:267-279.
18. Llor C, Solanellas C, Satué E. Implicaciones terapéuticas de la resistencia de los neumococos a la penicilina. *Aten Primaria* 1996; 18:136-147.
19. Dowell SF, Schawatz B. Resistant pneumococci: protectin patients through judicious use of antibiotics. *Am Fam Physician* 1997; 5:1647-1667.
20. Obaro SK, Monteil MA, Henderson DC. The pneumococcal problem. *BMJ* 1996; 312:1521-1525.
21. Anónimo. Guidelines for the medical assesment of drugs for use in self-medication. World Health Organization (Regional Office for Europe). Copenhagen. 1986.
22. Huw D, Thomas V, Noyce PR. The interface between self medication and the NHS. *BMJ* 1996;312:688-691.
23. Gibson P, Henry D, Francis L, Cruickshank D, Dupen F, Higginbotham N et al. Association between availability of non-prescription  $\beta_2$  agonist inhalers and undertreatment of asthma. *BMJ* 1993;306:1514-1518.