

Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana.

Drug consumption and self-medication in Lima

MESTANZA Francisco¹ y PAMO Oscar²

¹Médico Cirujano, Bachiller de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

²Médico Internista, Hospital Arzobispo Loayza, Profesor Asociado, Departamento de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

SUMMARY

A prospective and trasversal survey was carried out in two drugstores of different socioeconomic level in order to find out the consumption and self-medication characteristics. Then, 720 persons were surveyed. We found in the low socioeconomic level drugstore a major proportions of children, women, illiterates and incomplete scholarity, housewives and independent workers, acute illnesses (infectious, parasitic and dermatological). And , in the high socioeconomic level drugstore a major proportion of elderly, high scholarity dependent workers and professionals, subacute and chronic illnesses (digestives, mental, cardiovascular and endocrinological). Antimicrobials (ampicilin and cotrimoxazol) were the most sellest drugs followed by NSAID`s, antigripals, and vitamines. Self-medication was more frequent in the low socioeconomic level than the high one, 66.7% vs 40.6% (p<0.001) and correlated with a major proportion of children; low level scholarity, to be student or independent worker, acute illnesses (respiratory and dermatological). Incomplete prescriptions of antimicrobials was also showed, including the facultative ones. (Rev Med Hered 1992; 3: 101-108).

KEY WORDS: Drugs consumption, self-medication.

RESUMEN

Para determinar las características del consumo de medicamentos y la automedicación se realizó un estudio prospectivo, transversal y de tipo encuesta en dos farmacias correspondientes a los estratos socioeconómicos alto y bajo. Así, 720 personas, 360 de cada estrato, fueron encuestadas al azar. En el estrato bajo hubo una mayor proporción de menores de edad, de mujeres, de analfabetos, de escolaridad incompleta, de amas de casa y trabajadores independientes, y de dolencias agudas (infecciosas, parasitarias y dérmicas). En el estrato alto hubo una mayor proporción de consumidores geriátricos, de escolaridad completa y superior, de trabajadores dependientes y profesionales, y de dolencias subagudas y crónicas (digestivas, neurosiquiátricas, cardiovasculares y endocrinológicas). Los medicamentos más solicitados fueron los antimicrobianos (ampicilina y cotrimoxazol). AINE`s, antigripales y vitaminas. La automedicación ocurrió en el 66.7% del estrato bajo y en el 40.6% del estrato alto (p<0.001) y se relacionó con ser menor de edad, menor grado de escolaridad, ser estudiante o trabajador independiente, dolencias agudas (respiratorias y dérmicas). También se demostró la existencia de prescripciones incompletas de antimicrobianos, incluyendo las de los médicos. (Rev Med Hered 1992; 3: 101-108).

PALABRAS CLAVE: Consumo de medicamentos, automedicación.

INTRODUCCION

La automedicación es una práctica muy frecuente en nuestro medio y en el mundo entero, llevada a cabo por razones sociales, económicas y culturales que muchas veces más que satisfacer las necesidades de salud del individuo las empeoran o agravan.

Para tener una idea más amplia de la magnitud y difusión del problema citaremos a Schar, en Alemania, quien halló que la automedicación se practicó entre el 60% y 80% de los casos con algún problema de salud (1). Por otro lado, Beske y Hanpft encontraron que el 18% de los productos vendidos en las farmacias de Alemania se hizo sin prescripción médica (2).

Otros estudios realizados en países en vías de desarrollo, muestran la complejidad del problema. En Arabia Saudita, Saeed observó que el 58% de los pacientes atendidos se automedicó debido a la trivialidad de sus síntomas o para “ahorrar” tiempo y dinero (3). En la India, Greenhalgh halló que el 64% de los pacientes compró medicina sin prescripción médica, variando de un 30% a un 95% de una farmacia a otra (4). En Filipinas, Hardon encontró que el 38% de los menores fue tratado en sus casas, por enfermedades comunes (diarreas, tos, resfrío común), con medicamentos dañinos, contraindicados o combinaciones irracionales (5).

Los estudios realizados en América Latina han demostrado también que esta práctica es muy frecuente. En Brasil, Haak y otros autores señalaron que la automedicación fue la forma más común de adquisición de medicamentos, 40% a 43% en las farmacias (6). En Ecuador, Price realizó un muestreo en dos farmacias observando que el 51% de las ventas se hizo sin prescripción alguna, vendiéndose medicamentos que se acompañaban de serios efectos colaterales (7). En Chile, Villegas et Al. Encontraron que el 39.7% de las personas consumieron medicamentos sin receta médica (8).

En nuestro país, en un estudio realizado por Rondinel sobre las características de consumo de medicamentos en Lima y Yauri (Cuzco), halló que el 32% de los medicamentos fue vendido sin prescripción médica siendo mayor en el estrato socioeconómico alto (9). Según Nuñez, la automedicación fue la modalidad de tratamiento más utilizada en una muestra de Lima Metropolitana, de 51% a 64% (10). En Chimbote, Amery y López describieron que el 59% de su población estudiada no consultó a ningún profesional de la salud sino que el enfermo, o la madre, decidió consumir la medicina que consideró conveniente (11). En una reciente publicación nacional se señaló que los compradores sin receta médica en farmacia, botica o tienda fue del 42% (rango de 25% a 47%), mencionándose además el alto consumo de medicamentos peligrosos o innecesarios en el afán de aliviar sus dolencias (12).

Se realizó el presente trabajo con los objetivos de determinar las características del consumo de medicamentos, los medicamentos de mayor consumo, la prevalencia de la automedicación y el consumo irracional de antibióticos en dos muestras correspondientes a los estratos socioeconómicos alto y bajo de Lima Metropolitana.

MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo un estudio prospectivo transversal y de tipo encuesta durante los meses de mayo y junio de 1990, en dos farmacias de Lima Metropolitana correspondientes a estratos socioeconómicos alto (Jesús María) y bajo (San Juan de Lurigancho, Canto Grande).

Para definir los dos estratos socioeconómicos alto (A) y bajo (B), se empleó la clasificación propuesta por Amat y León (13), en donde el distrito de Jesús María se ubica en el estrato 1 que junto con los otros distritos de este mismo estrato representa el 8% de la población de Lima y sus habitantes poseen el 21% del Ingreso Familiar. El distrito de San Juan de Lurigancho ocupa el estrato 4, que junto con los otros distritos del mismo estrato y del estrato 5 integran los distritos de reciente formación constituyendo aproximadamente el 30% de la población pero sólo captan el 16% del ingreso. En estos últimos distritos la demanda de servicios urbanos se da con los precios más altos y los pobladores llevan una vida 6 a 12 veces inferior a los del primer estrato.

Se eligieron las formas “Huáscar” en Jesús María y “Leo” en el Pueblo Joven Huáscar de San Juan de Lurigancho por tener un alto flujo de consumidores, siendo el mínimo de 250 por día. El tamaño muestral estadísticamente significativo fue calculado en 250 personas para cada estrato sobre la concurrencia de consumidores en una semana. Las encuestas se tomaron a los usuarios en forma aleatoria, inmediatamente después de haber adquirido sus medicinas.

La encuesta contenía preguntas cerradas y abiertas que resultaron de una prueba piloto previa. La encuesta incluía preguntas sobre las siguientes variables: edad, sexo, ocupación, grado de instrucción, el o los medicamentos que se adquirieron con o sin receta, el nombre comercial del producto, la cantidad, dosis por día, tiempo de tratamiento a seguir, molestia principal que motivó la adquisición del medicamento, duración de la dolencia y persona que recomendó los medicamentos.

El criterio de inclusión fue el de haber comprado algún producto médico en las farmacias correspondientes con o sin prescripción médica. El criterio de exclusión fue la falta de colaboración.

Se abordó a 381 individuos del estrato A y a 369 del estrato B. Fueron excluidos 21 en el estrato A y 9 en el estrato B que rechazaron ser encuestados. Por tanto, el estudio comprendió un total de 720 personas, 360 del estrato A y 360 del estrato B.

Las molestias principales fueron agrupados según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de defunción (14). Los medicamentos fueron ordenados tomando los nombres genéricos según el índice terapéutico del Diccionario de Especialidades Farmacéuticas (15,16,17,18). Para evaluar el uso irracional de medicamentos sólo se consideró el consumo de antibióticos dada la importancia que reviste.

Para el análisis estadístico se usó la prueba chi cuadrado.

Para fines del estudio se definieron los siguientes conceptos:

Automedicación o autoprescripción: consumo de medicamentos de patente sin receta médica profesional y a pedido del paciente, familiar o amigo e incluyendo el recomendado por el boticario o farmacéutico.

Boticario: Personas con estudios básicos de farmacia que expende medicamentos.

Consumidor: usuario de un medicamento adquirido con o sin receta médica.

Dolencia aguda, subaguda y crónica: molestia o entidad clínica de menos de 2 semanas, entre 2 a 4 semanas y más de 4 semanas de duración respectivamente.

Farmacéutico: persona con estudios universitarios en Farmacia, que prepara y expende medicamentos.

Prescripción correcta: tratamiento adecuado en dosis y tiempo de administración para una dolencia determinada.

Tratamiento medio observado (TMO): se obtiene del cociente entre el total de la dosis diarias definidas dispensadas (DDD) y el total de las atenciones realizadas (de valor uno para nuestro estudio). Como patrón estándar de un tratamiento de antibióticos se tomó 7 dosis diarias definidas dispensadas (100%) para estimar los porcentajes relativos (19).

RESULTADOS

1. Características de los consumidores de medicamentos.

Las características se pueden apreciar en los cuadros [1A](#) y [1B](#). Se halló diferencia estadísticamente significativa entre los estratos socioeconómicos con respecto de las variables edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, duración de dolencia y el tipo de medicación ($p < 0.001$).

Las molestias principales que motivaron las adquisiciones de medicamentos por estrato, fueron : Estrato A: del aparato respiratorio, 112 (31.1%); del aparato digestivo, 54 (15.0%); infecciosas y parasitarias, 24 (6.7%); de la piel y del tejido celular subcutáneo, 7 (1.9%); del aparato genito-urinario, 26 (7.2%); del sistema nervioso y órganos de los sentidos, 19 (5.3%) y síntomas y estados morbosos mal definidos, 25 (6.9%). Estrato B: del aparato respiratorio, 127 (35.3%); del aparato digestivo, 40 (11.1%); infecciones y parasitarias, 45 (12.5%); de la piel y del tejido celular subcutáneo, 47 (13.1%) del aparato genito-urinario, 24 (6.7%); del sistema nervioso y órganos de los sentidos, 25 (6.9%) y síntomas y estados morbosos mal definidos, 18 (5.0%).

Se encontró diferencia significativa entre estrato socioeconómico y molestia principal de consulta ($p < 0.001$).

2. Medicamentos solicitados.

Los medicamentos más solicitados con o sin receta médica fueron (en orden decreciente de frecuencia): Dolocordralán (diclofenac sódico y acetaminofén), ampicilina, Bactrim (cotrimoxazol), Complejo B (vitaminas B1,B2,B6, nicotinamida), Contac C (clorfeniramina maleato, fenilpropanolamina), Donafán-F (loperamida, furazolidona, dimetilpolisiloxano), Magnapen (ampicilina), Terramicina (oxitetraclina), Amoxil (amoxicilina), Megacilina (penicilina G clemizol), Ventolín (sulfato de salbutamol), Buscapina (n-butilbromuro de hioscina).

Por estratos socioeconómicos: en el estrato A, lo más solicitado fueron Complejo B, Dolocordralán, ampicilina, Buscapina, Contac C, Bactrim, Amoxil, Lincocín, Panadol (paracetamol) y Ventolín; en el estrato B fueron Dolocordralán, ampicilina, Posipén,

Bactrim, Magnapen Terramicin, Megacilina, Enterón (ftalilsulfatiazol, dihidroestreptomicina, carbón de café, dimetilpolisiloxano, menadiona) y Framycort (framycetina, dexametasona).

De manera general los grupos de medicamentos más consumidos fueron: antimicrobianos 330 (34.7%); antiinflamatorios (AINE's) 180 (18.9%); antigripales 62 (6.5%); vitaminas 50 (5.3%) y antitusígenos y expectorantes 32 (3.4%).

En el estrato A los medicamentos consumidos fueron: antimicrobianos 115 (24.1%); AINE's 89 (18.7%); antigripales 35 (7.3%); vitaminas 36 (7.5%) y psicotrópicos 22 (4.6%). En estrato B, fueron: antimicrobianos 215 (45.4%); AINE's 91 (19.2%); antigripales 27 (5.7%); antitusígenos y expectorantes 16 (3.4%); y vitaminas 14 (3.0%).

El promedio de medicamentos solicitados por consumidor para cada estrato fue el mismo 1.3 medicamentos por persona.

Se consideró como medicamentos no clasificados a vick vaporub, mentholatum, agua de azahar, jabón sulfurado, ácido bórico, glucomol, sukrin, té de Hamburgo, timolina, vaselina y bálsamo pectoral de pino.

3. Automedicación

Las características de los consumidores que se automedican se pueden apreciar en los cuadros [2A](#) y [2B](#). Hubo diferencias estadísticamente significativas, para los estratos socioeconómicos, grado de instrucción y duración de las dolencias ($p < 0.001$); para la edad y la ocupación ($p < 0.01$). No se encontró diferencia en sexo

La automedicación según las clases de molestias o dolencias tuvo la siguiente distribución: del aparato digestivo 53 (13.7%); infecciosas y parasitarias 33 (8.5%); de la piel y del tejido celular subcutáneo 38 (9.8%); del aparato génito-urinario 23 (6.0%); del sistema nervioso y órganos de los sentidos 26 (6.7%); síntomas y estados morbosos mal definidos 20 (5.2%); traumatismos y envenenamientos 9 (2.3%); del sistema osteomuscular y del tejido conectivo 10 (2.6%) y trastornos mentales 5 (1.3%). La automedicación según la molestia principal y el estrato socioeconómico fue mayor en el estrato B que en el estrato A, 62.1% y 37.9%, respectivamente (cuadro 2B). Se halló diferencia estadísticamente significativa entre molestia principal y automedicación ($p < 0.01$).

Según el grupo de medicamentos fue: antimicrobianos 176 (53.3%); AINE's 95 (52.8%); antigripales 52 (83.9%); vitaminas 20 (40.0%) y antitusígenos y expectorantes 16 (50.0%). Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los medicamentos solicitados y el tipo de medicación ($p < 0.001$).

4. Uso irracional de antibióticos

Los antibióticos y quimioterápicos más solicitados fueron los siguientes: ampicilina 66 (23.7%), cotrimoxazol 34 (12.2%), amoxicilina 20 (7.2%), dicloxacilina 18 (6.5%), tetraciclina 17 (6.1%), eritromicina 16 (5.7%), furazolidona 16 (5.7%) y penicilina 14 (5.0%).

No se consideró 38 antibióticos y quimioterápicos para el cálculo de TMO, por ser de uso tópico, fueron los siguientes: bacitracina 8, framycetina 8, nitrofurazona 7, ampicilina 2, tetraciclina 6 y sulfonamida 7.

De manera general, se pudo observar una subdosificación en todas las formas de medicación y administración de antibióticos y quimioterápicos.

Para los antibióticos y quimioterápicos de vía oral solicitados en la población adulta los promedios de los porcentajes relativos de los TMO fueron de 57.8% para las prescripciones médicas, 17.0% para aquellas realizadas por el boticario o farmacéutico y 29.2% para las del propio paciente. En los niños fueron de 52.15% para las prescripciones médicas, 44.7% para los del boticario o farmacéutico y 38.8% para las del propio paciente. En cuanto a los antibióticos de uso parenteral en los adultos los promedios fueron los siguientes: médicos 51.2%, boticario o farmacéutico 14.3% y por el paciente 6.25%. Para los niños por el médico 68.7% y 14.6% por el boticario o farmacéutico.

DISCUSION

Como podemos apreciar las muestras de los dos grupos socioeconómicos de nuestro estudio se comportan de manera diferente con respecto al consumo de medicamentos. Así, la proporción de menores de 15 años fue tres veces más en el estrato socioeconómico bajo que en el alto, mientras que en los consumidores geriátricos fueron cuatro veces más frecuentes en el nivel alto. Lo primero es explicable por la temprana exposición al medio externo de los niños en las zonas más deprimidas económicamente, mientras que lo segundo era de esperarse por una mayor población geriátrica, con mayores recursos, mayor expectativa de vida y mayor probabilidad de padecimientos crónicos, en el estrato alto.

Mientras que la proporción de hombres y mujeres fue la misma en el estrato socioeconómico alto por la mayor participación de la mujer en la actividad económica, en el estrato bajo encontramos que las mujeres fueron consumidores de medicamentos tres veces más que los hombres. Esto es debido a que una buena parte de ellas se dedica a labores caseras y se encarga de los cuidados de salud de la familia.

Con respecto al grado de instrucción las diferencias también fueron notorias, así se obtuvo 0.3% de analfabetismo en el estrato alto y 3.6% en el estrato bajo. El 88.1% del estrato alto por lo menos había terminado los estudios secundarios y sólo el 34.0% del estrato bajo.

En lo referente a la ocupación la proporción de amas de casa y trabajadores independientes fue 2.5 veces más en el estrato bajo que en el alto.

Como lo habíamos previsto, las dolencias subagudas y crónicas fueron más frecuentes en el estrato alto, mientras que las dolencias agudas lo fueron en el estrato bajo. Esto era también de esperarse por cuanto los consumidores del estrato alto tienen mayores probabilidades de terapia de mantenimiento o sostén.

El consumo de medicamentos con receta médica fue en una proporción significativamente mayor en el estrato alto que en el bajo o, dicho de otro modo, la automedicación fue más frecuente en el estrato bajo que en el alto, 66.7% y 33.33% respectivamente ($p < 0.001$). En aquellos casos de automedicación en el estrato bajo fue notoria la participación del boticario o farmacéutico en una proporción igual que la verdadera automedicación.

La automedicación se explica en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. En los primeros como una manera de disminuir los costos de salud, mientras que en los segundos es un contribuyente importante en el mantenimiento de salud debido a la falta de infraestructura y personal especializado. Esto ha llevado a evaluar la automedicación en ciertos países, como en Sudáfrica, donde se encontró que los servicios de farmacia no son utilizados al máximo y que se puede alentar el consumo de medicamentos, sobretodo para las molestias menores, de manera “responsable” como un complemento antes que una forma de evitar la consulta médica (11,20,21,22). Esta recomendación debe de tomarse con cuidado para sociedades como la nuestra, con problemas socioeconómicos y culturales muy peculiares. Por ejemplo, Sudáfrica cuenta con cuatro veces más farmacéuticos que médicos al igual que el Reino Unido; y, en ellos se les puede exigir mayor participación en los cuidados de salud de la población.

La automedicación tiene factores psicobiológicos que estimulan su práctica, como son las dolencias con remisión espontánea, las dolencias crónicas o recurrentes y el efecto placebo de los medicamentos; pero también las legislaciones incorrectas, incompletas o, lo más frecuente, incumplidas pueden encubrirlo y fomentarlo (23).

El gran peligro que conlleva la automedicación es la posibilidad de daño o lesión al consumidor, tal es el caso cada vez que se expende antibióticos, psicotrópicos, analgésicos, AINE's, etc. Y aún aquellos medicamentos considerados simples porque son utilizados para molestias menores como los antidiarreicos y antitusivos que tienen composiciones irracionales contribuyendo el mismo médico a que ello ocurra toda vez que propugne su uso o los prescriba (5,7,12,24,25). En nuestro estudio se pudo apreciar que del total de medicamentos prescritos sin receta médica, sólo el 19.4% figura en la lista de medicamentos de venta libre de los establecimientos farmacéuticos proporcionados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Ministerio de Salud.

Este complejo problema requiere de una política de medicamentos racional acompañado de esfuerzos por mejorar la educación y actualización de los médicos farmacéuticos, de una reducción de la presión comercial y una legislación en el expendio de medicamentos, así como también de mayor información a la comunidad sobre el peligro de la automedicación (4,6).

El consumo de antimicrobianos, antidiarreicos, laxantes, hematínicos, estimulantes del apetito fue mayor en el estrato bajo que en el alto; mientras que lo contrario sucedió con las vitaminas, psicotrópicos, agentes cardiovasculares, antiulcerosos, analgésicos, antiparkinsonianos y preparados hormonales.

El producto de marca más vendido fue el dolocordralán, que es una asociación de diclofenac y acetaminofén, seguido de la ampicilina (nombre genérico), bactrim (cotrimoxazol), complejo B (vitamina B1, B2, B6 y nicotinamida) y posipen (dicloxacilina). Estos resultados difieren de los datos a nivel nacional y en un estudio realizado en Canto Grande 12).

De los antibióticos y quimioterápicos el de mayor venta fue la ampicilina seguida del cotrimoxazol.

En general, podemos decir que el boticario o farmacéutico fue el principal recomendador y dispensador de los antibióticos y quimioterápicos, ocho veces más en el estrato bajo que en el

alto, mientras que la verdadera automedicación sólo lo fue el doble. La prescripción de antibióticos y quimioterápicos sin receta puede ser mayor como lo ha sugerido un estudio previo en nuestro medio (26).

El estrato socioeconómico bajo presentó ciertas características que lo predisponen a la automedicación; así, ser menor de edad y adulto joven, ser varón, ser analfabeto o con escolaridad incompleta, ser estudiante o con trabajo independiente, ser portador de dolencias agudas, padecer de molestias respiratorias o de la piel, y mayor consumo de antigripales y antidiarreicos. Estas características en relación a la automedicación varían según las poblaciones que se estudian por las razones antes mencionadas. Mientras un estudio encontró hallazgos parecidos a los nuestros (8) otro halló que los de mayor escolaridad se automedicaban más con los de menor escolaridad, al parecer debido a un mayor acceso a la información sobre el uso de medicamentos y no hallaron ninguna relación con respecto al sexo y edad; y, otro describe mayor automedicación en mujeres y ancianos (3).

Dada la importancia que tiene el despido de antibióticos y quimioterápicos, se evaluó este aspecto demostrándose que, en general, los tratamientos medios observados estuvieron muy lejos de ser los óptimos. Así, mientras que el promedio de las prescripciones de los médicos se acercó al 60% del óptimo, las automedicaciones por el propio paciente o aquellos sugeridos por el boticario-farmacéutico estuvieron lejos del esperado en todas las formas de prescripción. En los niños los promedios mejoraron para el boticario-farmacéutico debido a que la adquisición de un frasco o suspensión de antibióticos cubre alrededor del 40% del tratamiento. Los porcentajes relativos observados en cuanto al uso de antibióticos parenterales en general son bajos, no sólo porque se trata de terapias incompletas sino porque en muchos casos son utilizados para empezar un tratamiento antibiótico correcto o incorrecto antes que un esquema terapéutico exclusivamente por vía parenteral.

La automedicación de antibióticos en nuestro estudio fue algo menor que el encontrado por Brieva y col. (20), 53.6% versus 68.6%, sin embargo, ellos encontraron mayores porcentajes relativos de prescripciones.

Estas prescripciones incompletas tanto de los facultativos como los empíricos confirman la sospecha de que parte importante de las ventas o expendio de medicamentos en las farmacias se realiza “al menudeo”, antes que verdaderos tratamientos mínimos recomendados. Esto es el resultado de la limitada capacidad adquisitiva de nuestros pobladores, especialmente en el estrato bajo, como de la falta de reglamentación del expendio de medicamentos o de su cumplimiento.

Tanto la automedicación como el uso irracional de medicamentos no son sino un reflejo de la difícil situación que se vive en países como el nuestro.

De lo expuesto, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1. Las características del consumo de medicamentos son bien definidas por estrato socioeconómico. Así, para el estrato bajo: mayor proporción de menores de edad, de mujeres de analfabetos y escolaridad incompleta, de amas de casa y trabajadores independientes de dolencias agudas (infecciosas-parasitarias y dérmicas) y en el estrato alto: mayor proporción de consumidores geriátricos, de escolaridad completa y superior, de trabajadores dependientes y profesionales, de dolencias subagudas y crónicas (digestivas, trastornos mentales, cardiovasculares, y endocrinológicas).

2. Los grupos de medicamentos más solicitados fueron: antimicrobianos (ampicilina y cotrimoxazol fueron los más frecuentes), 34.7% AINE's 18.9%; antigripales, 6.5%; vitaminas, 5.3%. Los medicamentos de marca más vendidos fueron dolocordalán, ampicilina, bactrim, complejo B y Contac C.

En el estrato socioeconómico bajo hubo un mayor consumo de antimicrobianos y antidiarreicos que en el estrato alto; y en éste se consumió más las vitaminas, psicotrónicos, agente cardiovasculares y antiulcerosos.

3. La automedicación ocurrió en el 66.7% del estrato bajo mientras que sólo el 40.6% del estrato alto ($p < 0.001$) y se relacionó con: ser menor de edad, menor grado de escolaridad, ser estudiante o trabajador independiente, dolencias agudas (respiratorias y dérmicas).
4. Las prescripciones de antibióticos y quimioterápicos de los médicos y automedicados, incluyendo la del boticario o farmacéutico, estuvieron muy por debajo de un tratamiento mínimo recomendado: la prescripción oral para adultos fue de 57.8% para los médicos, 17.0% para los boticarios o farmacéuticos y 29.2% para el propio paciente.

Correspondencia:

Oscar Pamo Reyna

Departamento de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Av. Honorio Delgado 430, Lima 31.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Schar M. Problems of self-medication. *Soz Präventivmed* 1986; 31|:134-6.
2. Beske, F., Hanpft, R. Status of self-medication in West Germany. *Soz Präventivmed* 1986; 31: 169-74
3. Saeed, AA. Self-medication among primary care patients in Farazdak Clinics in Riyadh. *Soc Sci Med* 1988; 27:287-9
4. Greenhalgh T. Drug prescription and self-medication in India: an exploratory survey. *Soc Sci Med* 1987; 25:307-18.
5. Hardon, AP. The use of modern pharmaceuticals in a Filipino village: doctor's prescription and self-medication. *Soc Sci Med* 1987; 25:277-92.
6. Haak H. Pharmaceuticals in two Brazilian villages: lay practices and perceptions. *Soc Sci Med* 1988; 27: 1415-27.
7. Price LJ. In the shadow of biomedicine: self-medication in two Ecuadorian pharmacies. *Soc Sci Med* 1989; 28: 905-15.
8. Villegas G, Brieva J, Danhier A. Use of drugs on sale at private pharmacies. *Rev Med Chil* 1987;115:919-24.
9. Rondinel C. Características del consumo de medicamentos en Lima y Sauri; (Cuzco). Tesis de Bachiller de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 1975.
10. Nuñez R. Medicina Popular y Autotratamiento en tres grupos socioeconómicos en Lima. Tesis de Bachiller de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 1984.
11. Amery J, López R. Medicamentos en el Perú. IPEP, Chimbote-Perú 1986.
12. López R, Kroeger A. Morbilidad y Medicamentos en el Perú y Bolivia, Gráfica Bellido. Lima-Perú 1990.
13. Amat y León C, León H. Niveles de vida y grupos sociales en el Perú. Centro de investigación de la Universidad del Pacífico. Fundación Friedrich Ebert. 1983.

- 14.OMS-OPS Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Difunción. Publicación Científica N°353, Vol 1, 1978.
- 15.Intercomb 88. Indice de Especialidades Farmacéuticas. Ediciones Médico Peruana. Primera Edición. 1988.
- 16.Medical Economics Company. Physicians Desk Referente.USA 1979.
- 17.Rosenstein, E. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. Editorial para los médicos S.A. Perú. 1984.
- 18.Rosenstein R. diccionario de Especialidades Farmacéuticas. Editorial Para los Médicos S.A Perú 1988.
19. Brieva J y col. Modalidades del uso de antibióticos en Concepción, Chile. Bol of Sanit Panam 1987; 103:363-72.
- 20.Duncan W.Scott Dr. South African health care and the proprietary medicine industry. S Afr Med J 1988; 74:205-8.
- 21.Meyer UA. Thoughts on the qualitative improvement of self-medication. Soz Praventivmed 1986; 31:156-9.
- 22.Stoller EP. Prescribed and over the counter medicine use by the ambulatory elderly.Med Care 1988; 26:1149-57.
- 23.Paulo LG Zanini AC. Self-medication in Brazil. AMB 1988; 34:69-75.
- 24.Segall A, Goldstein J. Exploring the correlates of self-provided health care behavior. Soc. Sci Med 1989; 29: 153-61.
- 25.Carlini EA, Masur J. Sale of drugs without medical prescription in pharmacies of the city of Sao Paulo. AMB 1986; 32:75-8
- 26.Sandoval M. Medicación y automedicación de quimioterápicos no antibióticos y algunos antisépticos. Tesis de Bachiller. Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 1984.