

Artículos Originales

Consumo de medicamentos en el Internado Rotativo de Medicina: aproximación a las prácticas de autocuidado de la salud basadas en el conocimiento

Juan Carlos Maldonado R,¹ Fernando Durán.²

¹ Cátedra de Fisiología, ² Área de Integración Docente Asistencial, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, Quito-Ecuador.

Resumen

Para determinar la frecuencia de prácticas de autocuidado de la salud, las enfermedades que las motivan y el consumo de medicamentos entre los internos rotativos (IR) de la Escuela de Medicina, se realizó un estudio observacional utilizando un cuestionario autoaplicable. Participaron un total de 107 IR (46,7% hombres y 53,3% mujeres), edad media de 25,5 años (DS=1,7 años). El 100% de los encuestados refirió haber sufrido algún problema de salud durante el año de internado rotativo. Existieron antecedentes de consumo de medicamentos en el 94,4% de la muestra ($p=ns$ entre sexos). Un 97,2% de los IR sufrieron una enfermedad reciente que comprometió especialmente al aparato respiratorio (56,7%), digestivo (19,2%) y músculoesquelético (9,6%). La conducta adoptada por estos IR fue del tipo autocuidado de la salud (73,1%) antes que de consulta a un especialista (26,9%). El 92% de los IR decidieron por sí mismos que medicamento tomar. La probabilidad de realizar un consumo reciente fue mayor en los IR con antecedentes de consumo pasado ($RP=2,40$ e $IC95\%=0,82-7,03$; $p<0,01$). Los medicamentos de consumo reciente más frecuentes fueron los antibióticos (35%), antiinflamatorios no esteroideos (17%) y preparados para la tos y el resfriado común (12%). El fármaco utilizado se ajustaba al problema de salud solamente en el 68% de los casos. Debería buscarse la posibilidad de que los hospitales docentes ofrezcan un equipo profesional que controle el estado de salud de este grupo humano, al tiempo de continuar mejorando la enseñanza en la selección de los medicamentos a nivel del pregrado.

Palabras Clave: Utilización de medicamentos, Autocuidado, Autoprescripción, Consumo.

Summary

We investigated health self-care practices and drug consumption in 107 medical students on their internship (IR) using a self-administered test. The study group (46,7% men and 53,3% women) had a median age of 25,5 years (SD=1,7). 100% of the interns had an illness during the internship. A total of 94,4% of the IR used some drug in the same period ($p=ns$ between sex). 97,2% suffered a recent illness in the last month that compromised respiratory system (56,7%), digestive system (19,2%) and musculoskeletal system (9,6%).

Dirección para correspondencia: Dr. Juan Carlos Maldonado R, Laboratorio de Fisiología, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Sodiro e Iquique s/n, Correo electrónico: j.c.m.r@usa.net, Quito-Ecuador.

Health self-care was the most adopted practice (73,1%) and in less proportion a physician visit (26,9%). We found that 92% of the interns had self-prescribed the drugs. Interns with past use of drugs had more probability to do new consumption ($RR=2,40$ and $IC95\%=0,82-7,03$; $p<0,01$). Antibiotics (35%), non-steroidal anti-inflammatory drugs (17%) and common cold preparations (12%) were the most used drugs. Drugs were correctly chosen to health problem only in 68% of the cases. We suggest that hospitals where internship is running up should offer a professional health team to control health condition of its interns, and at the same time, teaching improvement is necessary to promote rational drug selection in medical school.

Key Words: Drug utilization, Self-care practices, Self-prescription, Consumption.

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador 2000; 25(2): 27-32

Introducción

El estudio del consumo de medicamentos en el personal sanitario y las causas que lo motivan reviste interés por cuanto se trata de un grupo humano que se encuentra capacitado para reconocer y resolver los problemas de salud, empleando en determinadas circunstancias medidas terapéuticas de orden farmacológico. Por lo tanto, cuando este tipo de profesionales se enfrenta a una afectación de la salud personal, podría encontrarse predisuesto a desarrollar en un primer momento prácticas de autocuidado de la salud encaminadas a solucionar o aliviar el problema, algo que ya ha sido comentado por otros autores.¹

Los problemas de salud que pueden afectar a los profesionales sanitarios no incluyen solamente molestias de orden físico, pues la tensión psíquica y emocional (dependiente de una tolerancia al estrés individual y variable) ha sido reconocida como un trastorno que surge como consecuencia de la relación entre el profesional y el medio hospitalario que le rodea.² Varios estudios han reportado que los médicos tienden a consumir fármacos psicoactivos (principalmente tranquilizantes, antidepresivos y benzodiacepinas) en mayor proporción que la población en general, conducta que obedecería a la tensión mental inherente al ejercicio de la práctica médica.^{3,4} También se ha reportado sobre la ingesta de anfetaminas entre médicos residentes y postgradistas, donde las frecuencias de consumo se encuentran entre el 1,56% y el 2,62%.⁵ En muestras de médicos rurales,⁶ se ha detectado

que el consumo de analgésicos de forma esporádica (69%) predomina sobre el consumo habitual (7%), con variaciones interindividuales para el uso de otros fármacos. Todo lo anterior revela que el consumo de medicamentos por parte del profesional sanitario no es una circunstancia extraña y que las características de esta práctica pueden fluctuar a razón de los motivos y la actitud que la persona tenga frente al proceso.

Debido a que los profesionales sanitarios se encuentran en la obligación de no sólo conocer las bondades de las herramientas farmacológicas, sino también considerar que la selección del fármaco debe ajustarse al problema de salud y por lo tanto, que el tratamiento completo ha de enmarcarse en las normas del buen uso de los medicamentos, sin olvidar la posibilidad de apareamiento de efectos indeseables asociados a los productos, sería de esperar que cuando se ven en la necesidad de realizar una práctica de autocuidado de la salud la misma se mantenga acorde a estos principios.

Por otra parte, en la población común cuando se realiza un consumo de medicamentos por iniciativa propia, bajo responsabilidad del consumidor, sin que medie evaluación ni orden médica alguna y con el objeto de solucionar trastornos autorreconocidos, nos encontramos frente a una práctica de autocuidado de la salud catalogada como automedicación. Los límites de esta práctica son difíciles de establecer por sus variaciones,⁷ especialmente porque mientras mayor sea el conocimiento la conducta a seguir debería esperarse que sea más racional, pero también más frecuente. Una gran parte de las personas que adoptan esta forma de autocuidado son los adultos jóvenes y aparentemente con un incremento proporcional a la edad del individuo.⁸ En nuestro país, Yáñez et.al.⁹ estudiaron éste tipo de conducta en una muestra de estudiantes universitarios, encontrando un antecedente de automedicación en el 86% de la población analizada.

Determinar el consumo de medicamentos en el grupo de internos rotativos resulta relevante, pues, al cumplir el último año de la carrera universitaria médica, habiendo completado la docencia en las aulas, se encuentran en un punto intermedio entre el estudiante de pregrado y el médico graduado. En este grupo humano (joven y estudiante universitario) por los conocimientos que poseen sobre las enfermedades y las posibilidades terapéuticas resulta difícil aceptar el concepto general de automedicación (al igual que en el caso de los médicos graduados), si bien en este caso el consumo de medicamentos por decisión propia podría categorizarse como una autoprescripción dirigida a solucionar afecciones con conocimiento del hecho.

Bajo estos antecedentes y con los objetivos de determinar las prácticas de autocuidado de la salud, las afecciones que las motivaron y estimar el perfil de consumo de medicamentos por parte de los internos rotativos (IR) de la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, se desarrolló una investigación sobre un grupo de estudiantes de este nivel de la carrera. En el presente escrito se exponen principalmente los datos obtenidos sobre las enfermedades recientes y la conducta adoptada.

Materiales y Métodos

Para el período lectivo 1998-1999, un total de 210 estudiantes del pregrado de la Escuela de Medicina de la Universidad Central se encontraban matriculados en el séptimo año de la carrera, cumpliendo el año del internado rotativo. Sobre esta población se realizó un estudio de utilización de medicamentos referente a los hábitos de consumo. El diseño de la investigación fue de tipo transversal y la recolección de datos se efectuó mediante una encuesta posterior al último examen de ciclo que los internos rotativos (IR) rindieron en las aulas de la Escuela de Medicina. Se eligió esta fecha por cuanto permitió reunir en un solo momento a la mayoría de los IR. Considerando los datos locales disponibles sobre consumo de medicamentos en estudiantes universitarios,⁹ como la prevalencia esperada de autocuidado de la salud con fármacos, para una precisión del 5% y un error alfa del 5%, el tamaño muestral mínimo se estimó en 99 estudiantes. Por el momento en que se realizaría la encuesta se supuso un efecto del diseño igual a 1.

Los sujetos fueron incluidos en el estudio bajo los criterios de presencia al momento de la encuesta y libre aceptación de participar en la misma. Se excluyeron de la investigación el grupo de IR que cumplían sus prácticas en el Hospital Carlos Andrade Marín debido a que rindieron su último examen en las aulas del propio hospital y a los IR del Hospital de las Fuerzas Armadas No. 1 sobre quienes se había realizado anteriormente el pilotaje de validación y ajuste del instrumento.

Se empleó un formulario anónimo de autoadministración que fue repartido a cada participante. El instrumento se encontraba dividido en cuatro secciones: 1) antecedentes de problemas de salud y de consumo de medicamentos a lo largo del año del internado rotativo; 2) problemas de salud recientes, conductas frente a estos problemas, consumo reciente de medicamentos (incluyendo características del tratamiento) y conocimiento sobre los efectos indeseables asociados a los medicamentos ingeridos; 3) antecedentes de efectos indeseables sufridos por los IR y fármacos desencadenantes; y 4) ocho ítems de valoración sobre conocimientos y actitudes respecto al uso de medicamentos y reacciones adversas. Según el tipo de variable las preguntas fueron de carácter dicotómico o abiertas. Para el presente escrito no se consideraron los apartados 1 y 4.

Se explicó a los IR en que consistía la encuesta, su carácter anónimo y voluntario, los objetivos del estudio y la importancia de hacerlo. El número total de cuestionarios repartidos fue de 110. Posteriormente cada formulario fue codificado y vaciado en un paquete computacional para el análisis estadístico. Se determinaron los órganos y sistemas sobre los que ocurrieron los problemas de salud más recientes, el tipo de trastorno y la conducta adoptada. De los medicamentos consumidos se identificaron sus principios activos y fueron codificados según la clasificación anatómica-terapéutica-química (ATC) de los medicamentos,¹⁰ considerando el primero y segundo nivel de la misma. Se individualizó cada tratamiento farmacológico comunicado y para establecer si el uso fue

correcto se determinó si se ajustaba a la enfermedad: medicamento útil para el problema, medicamento de primera elección, existencia de mejores alternativas terapéuticas; dosis, intervalo, duración y vía de administración del fármaco.¹¹

Los efectos indeseables que los IR manifestaron conocer sobre el medicamento que ingerieron fueron cotejados con literatura específica para definir si eran correctos. En el caso de las reacciones adversas a medicamentos sufridas por los IR también se identificó el órgano diana y el fármaco referido como responsable del efecto. El análisis de causalidad de las reacciones adversas no se incluyó en este trabajo por no ser el objetivo del estudio.

Los resultados se expresaron mediante medidas de tendencia central y dispersión. Para establecer la posible asociación de las variables (antecedentes de enfermedades y de consumo según sexo; consumo pasado y reciente; antecedentes de efectos indeseables y consumo), se empleó tablas de contingencia considerando la corrección de Mantel y Haenzel para los valores del chi cuadrado y el nivel estadístico ($p < 0,05$); además como estimador del riesgo relativo se utilizó la razón de prevalencias (RP) expresándose también su intervalo de confianza al 95%.

Resultados

Tres formularios fueron excluidos del análisis por graves deficiencias en la cumplimentación. En el grupo final de análisis ($n=107$) el 46,7% de los IR fueron hombres y el 53,3% mujeres, con una edad media grupal de 25,5 años ($DS=1,7$) ($p=ns$ entre sexos).

Al momento de la encuesta, los IR cumplían sus actividades en los servicios de las áreas Clínicas (24%), Quirúrgicas (23%), Pediátricas (25%) y Gineco-obstétricas (25%); dos se encontraban laborando en el ciclo prerrural y dos no reportaron su rotación hospitalaria.

El 100% de los IR refirió haber sufrido algún tipo de problema de salud durante el transcurso del año de internado rotativo, el número total de afecciones comunicadas fue de 498 en el grupo de estudio; el 94,4% admitió haber tomado al menos un medicamento en el mismo período temporal, práctica donde las mujeres mostraron una mayor posibilidad de consumo por sobre los hombres

($RP=1,07$ e $IC95%= 0,98-1,17$ y $RP=0,94$ e $IC95%= 0,86-1,02$ respectivamente) pero sin diferencia estadística entre los dos grupos ($p=ns$).

De todos los IR encuestados el 97,2% (48 hombres y 56 mujeres) presentaron durante la rotación hospitalaria en curso algún tipo de enfermedad o problema de salud ($p=ns$ entre sexos). Los cuadros nosológicos recientes comprometieron especialmente al aparato respiratorio (56,7%), seguido por el aparato digestivo (19,2%) y el sistema músculo-esquelético (9,6%) (Tabla 1). De todas las afecciones reportadas el 60,6% tuvieron un origen infeccioso, predominando la etiología bacteriana (36 casos) sobre la viral (26 casos), mientras que solamente un estudiante comentó una parasitosis severa.

Según el tipo de rotación hospitalaria que cumplían los IR las enfermedades recientes fueron similares considerando las dos entidades más frecuentes (Tabla 2).

Tabla 1. Frecuencia de problemas de salud "recientes" (durante la rotación hospitalaria en curso) comunicados por los Internos Rotativos de Medicina, UC, 1999.

Problema de salud	n	%
Faringo-amigdalitis	26	25.0
Resfriado común	22	21.2
Gastritis	12	11.5
Otras respiratorias*	11	10.6
Musculo-esqueléticas**	10	9.6
Otras digestivas***	7	6.7
Genito-urinarias****	6	5.8
Cefalea	5	4.8
Otras*****	5	4.8
Total	104	100

* Incluye laringitis, sinusitis, rinitis y asma.

** Incluye cervico-braquialgia, lumbociatalgia, tenosinovitis y traumatismos.

*** Incluye gastroenteritis bacteriana aguda, intoxicación alimentaria, parasitosis.

**** Incluye aborto, amenaza de aborto, dismenorrea severa y litiasis ureteral.

***** Incluye depresión del estado de ánimo, tensión psíquica, rash cutáneo y herpes simple.

Fuente: encuesta directa. Elaboración: autores.

Tabla 2. Rotación hospitalaria en curso y las dos enfermedades recientes más frecuentes. Internos Rotativos de Medicina, UC, 1999. Los resultados se exponen por porcentaje del total de internos encuestados que cumplían cada rotación.

Rotación	n	Orden de frecuencia	
		Primer lugar	Segundo lugar
Clínica	25	Resfriado común (29.2%)	Faringoamigdalitis (29.2%)
Cirugía	24	Gastritis (39.1%)	Resfriado común (17.4%)
Pediatría	27	Faringoamigdalitis (34.6%)	Resfriado común (23.1%)
Gineco-obstetricia	27	Faringoamigdalitis (22.2%)	Resfriado común (18.5%)

Fuente: encuesta directa. Elaboración: autores.

La conducta adoptada por los 104 IR frente al problema de salud reciente fue predominantemente del tipo auto-cuidado (73,1%) antes que de consulta (26,9%). De los

28 IR que buscaron ayuda para su problema, 27 consultaron a un médico, un IR consultó a un farmacéutico y ninguno optó por consultar a un compañero.

Prácticamente todos (26 IR) recibieron una prescripción farmacológica para solucionar la afección actual. Por otra parte, en el grupo de 76 IR que realizaron prácticas de autocuidado de la salud, un número de 70 (92%) decidieron por sí mismos que medicamentos tomar, 4 asociaron medidas no farmacológicas a un medicamento y solamente 2 utilizaron medidas no farmacológicas para solucionar el problema.

La probabilidad de realizar un consumo reciente de medicamentos fue mayor entre los IR que tenían antecedentes de consumo a lo largo del internado ($RP=2,40$ e $IC95\%= 0,82-7,03$; $p<0,01$).

En total, 100 IR (93,5%) tuvieron un consumo reciente de medicamentos ($p=ns$ entre sexos) de los cuales únicamente el 32% detalló completamente el tratamiento (fármaco, dosis, intervalo de la toma y duración) y un 56% utilizó el nombre genérico del fármaco para identificar el producto ingerido.

Según el tipo de problema de salud y el medicamento utilizado para el mismo, solamente el 68% de los casos fue considerado como de uso correcto. En los demás casos el medicamento no se ajustaba al problema de salud, existían mejores alternativas farmacológicas y/o no farmacológicas, o no correspondía al fármaco de elección dentro del grupo terapéutico.

Ordenados según la clasificación ATC en su primer nivel, los grupos anatómico-terapéuticos más consumidos fueron los antiinfecciosos sistémicos (36%) y los fármacos con acción sobre el sistema músculo-esquelético (19%) (Tabla 3).

Los grupos terapéuticos y principios activos de consumo reciente más frecuentes fueron a su vez: antibióticos sistémicos (J01) con un 35% del total, siendo el principio activo más consumido la amoxicilina ($n=10$) sola o combinada con inhibidores de la betalactamasa, seguida por el cotrimoxazol ($n=6$); los antiinflamatorios no esteroides (M01) en un 17% sobre todo diclofenaco sódico ($n=8$); preparados para la tos y el resfriado común (R05) (12% del total) donde predominaron las combinaciones a dosis fijas; antiulcerosos (A02) en el 11% especialmente omeprazol ($n=4$) y magaldrato ($n=4$); y los analgésicos no narcóticos (N02B) en un 9% principalmente acetaminofen ($n=6$). Respecto a los medicamentos recientemente consumidos, el 67% de los usuarios manifestaron conocer los efectos indeseados asociados a los productos, sin embargo solamente el 25% de los IR mencionó correctamente las reacciones adversas que pueden ocurrir con el uso. Los demás IR relacionaron efectos indeseables que no corresponden al fármaco utilizado, consideraron exclusivamente efectos leves y comunes a otros fármacos (por ejemplo náusea, diarrea) o no respondieron el ítem a pesar de afirmar conocer las reacciones asociadas.

De todo el grupo estudiado ($n=107$) el 25,2% reconoció haber sufrido alguna vez una reacción adversa a medicamentos. El sistema diana más comprometido fue el digestivo (55,6%) por reacciones como diarrea ($n=5$), epigastria ($n=1$), gastritis ($n=1$), náusea ($n=1$), amargura bucal ($n=4$), pirosis ($n=2$) y vómito ($n=1$). Otras reacciones comunicadas fueron broncoespasmo ($n=1$), cefa-

lea ($n=1$), hematuria ($n=1$), púrpura ($n=1$), rash cutáneo ($n=6$) y somnolencia ($n=2$). Los medicamentos más implicados fueron los antiprotozoarios (33,3%), antibióticos sistémicos (29,6%), antiinflamatorios no esteroides (18,5%) y antidiarréicos, vitaminas, antiasmáticos, antitusígenos y antihistamínicos, cada uno involucrado en una ocasión. La relación de causalidad no se presenta al no ser el objetivo del trabajo. La probabilidad de un consumo reciente fue algo menor entre aquellos que anteriormente sufrieron de un efecto indeseable ($OR=0,83$ $IC95\%= 0,15-4,57$) ($p=ns$).

Tabla 3. Frecuencia de medicamentos de consumo reciente. Se agrupan según el primer nivel de la clasificación ATC*. Internos Rotativos de Medicina, UC, 1999.

Grupo anatómico-terapéutico	Frecuencia (n=100)
Antiinfecciosos sistémicos (J)	36%
Musculo-esquelético (M)	19%
Aparato respiratorio (R)	17%
Aparato digestivo y metabolismo (A)	13%
Sistema nervioso (N)	13%
Genito-urinario (G)	1%
Antiparasitarios (P)	1%
Total	100%

*ATC: Clasificación Anatómica-Terapéutica-Química de los medicamentos.

J: Incluye antibióticos sistémicos ($n=35$) y antiviral ($n=1$).

M: Incluye antiinflamatorios no esteroides ($n=17$) y relajantes musculares ($n=2$).

R: Incluye simpaticomiméticos ($n=1$), antiasmáticos ($n=2$), preparados para la tos y resfriado ($n=12$) y antihistamínicos ($n=2$).

A: Incluye antiulcerosos ($n=11$) y anticolinérgicos-antiespasmódicos-propulsivos ($n=2$).

N: Incluye analgésicos no narcóticos ($n=9$), antimigrañosos ($n=2$) y psicodélicos ($n=2$).

G: Estrógenos+progestágenos ($n=1$).

P: Antiprotozoario ($n=1$).

Fuente: encuesta directa. Elaboración: autores.

Discusión

El consumo de sustancias no es extraño entre el personal médico, así algunos datos señalan que el consumo de cafeína y alcohol ocurre en alrededor del 70% de la población médica,⁶ mientras que el consumo de tabaco varía entre 17% y 49%.¹² En nuestro medio no se han realizado mayores investigaciones al respecto, sin embargo recientemente se comunicó sobre la frecuencia de tabaquismo en una muestra de estudiantes de medicina,¹³ la cual se encontraría alrededor del 31%. En el caso de sustancias de tipo medicamentoso, reportes internacionales han informado sobre la ingesta de analgésicos, hipnóticos y tranquilizantes entre otros, en el personal médico y en estudiantes de medicina.¹⁻⁴ En nuestro país no se había realizado anteriormente una estimación del consumo de fármacos en estas poblaciones.

En este sentido nuestra investigación ha permitido observar que la ingesta de medicamentos entre los estudiantes del último año de la carrera de medicina ocurre en una

elevada frecuencia. Se encontró que alrededor del 94% de los IR tenían antecedentes de haber tomado al menos un fármaco durante el año en curso y que en ellos la probabilidad de realizar un consumo reciente (93%) es del doble (RP= 2,40 IC95% 0,82-7,03).

Un elemento que salta a la vista son las causas que motivan este consumo de medicamentos. La alta frecuencia de problemas de salud (4,6 enfermedades/persona/año) que fueron reportados por el 100% de los IR como afecciones sufridas a lo largo del año de internado rotativo y la gran prevalencia (97%) de trastornos de la salud recientes (durante la rotación en curso), se transforma en un indicador de salud que revela la elevada susceptibilidad de este grupo humano a enfermar. Incluso fue factible apreciar el desarrollo de una epidemia de procesos respiratorios en vías superiores durante el mes previo a la encuesta (Tabla 2). Las causas de esta vulnerabilidad a enfermar podrían ser varias: la exposición constante a factores nosológicos intrahospitalarios, trastornos previos mal curados, el ritmo de trabajo físico y mental al que se someten, el aumento repentino en responsabilidades adquiridas comparadas con las que tenían en los años previos, etc.

Seguramente debido a la imperiosa necesidad de mantenerse activamente funcionantes y no desmejorar su rendimiento durante el internado, casi siempre imposibilitados de abandonar su puesto de labores, la mayoría de los IR tomaron una actitud frente a dolencias personales dirigida a solventar rápidamente el problema. Esta actitud se ve apoyada en el conocimiento que poseen sobre las alternativas terapéuticas y desemboca en una práctica de autocuidado de la salud. Así, el 73% de los IR que sufrieron enfermedades recientes optó por decidir por sí mismos como resolverla, orientándose principalmente hacia un consumo de medicamentos, algo que podríamos encasillar como una autoprescripción. El consumo de medicamentos fue francamente superior al uso de medidas no farmacológicas incluso para trastornos banales (como el resfriado común) en los cuales si se tratara de un paciente cualquiera se habrían elegido otras alternativas. Resulta preocupante observar una medicalización para resolver los problemas personales, debido a que de mantenerse esta posición frente a cualquier cuadro nosológico los futuros médicos se encontrarían predisuestos para descargar siempre una receta a los pacientes que deban atender durante la práctica diaria.

Muy pocos de los IR (26%) consultaron a un médico, hecho que parece señalar que se sienten seguros de su capacidad diagnóstica y terapéutica, circunstancia que no dejaría de ser positiva si no se hubiera observado en el análisis individual del producto ingerido y la causa que lo motivó, que apenas en el 68% de los casos el tratamiento fue considerado como correcto. La fracción restante consumió medicamentos que no eran de primera elección (por ejemplo, claritromicina para tratar faringoamigdalitis) o no se ajustaban al cuadro nosológico (por ejemplo, antibióticos o antimigrañosos para tratar el resfriado común) o existían mejores alternativas (por ejemplo, diclofenaco en lugar de ketorolaco) o se consumie-

ron productos de eficacia dudosa (por ejemplo, combinaciones a dosis fijas de analgésicos+antihistamínicos+descongestionantes), todo lo cual se encasilla en un uso incorrecto de los medicamentos,¹⁴ que se acompaña de errores en el criterio clínico. El hecho de que ninguno de los IR haya buscado consejo en un compañero contrasta de alguna forma con lo anterior: no necesitan consultar a nadie porque están seguros de su capacidad o no confían en la segunda opinión del colega interno? Hay que recordar que los IR todavía se encuentran en un proceso de formación que continuará durante mucho tiempo después debido a las características de la profesión médica.

Si bien las prácticas de autocuidado de la salud pueden ser más accesibles, cómodas y rápidas antes que visitar al médico para aliviar síntomas menores, además de permitir mantener la capacidad de rendimiento,¹⁵ estas deberían enmarcarse en un uso adecuado de los productos cuando se ha optado por medidas farmacológicas.

La mayoría de medicamentos de consumo reciente fueron predominantemente de carácter sintomático, como es el caso de antiinflamatorios no esteroides, antiácidos, analgésicos, antimigrañosos, descongestionantes nasales y antihistamínicos, los cuales suelen ser de categoría OTC (over the counter) o de venta libre y que también son los más utilizados para la automedicación de las personas,^{8,16} pero que no se encuentran libres de efectos indeseables.¹⁷ El consumo de productos con objetivo terapéutico fue menor, encasillándose en el grupo de antibióticos y en menores proporciones los inhibidores de la bomba de protones o antagonistas H₂ y antiparasitarios.

Por otra parte el empleo del nombre comercial (44%) para identificar el medicamento de ingesta reciente podría ser un indicador de la influencia comercial que para este momento ya ha ejercido la industria en el grupo de IR. Otros estudios sugieren que los hábitos de prescripción de los médicos graduados se encuentran influenciados en gran parte por la publicidad farmacéutica antes que por la enseñanza en las escuelas de medicina.¹⁸ Habría sido de esperar que los IR de Medicina describieran su propio tratamiento utilizando el nombre en genérico del producto, pues esto es algo que se promueve a nivel del pregrado de la Escuela; además las características del tratamiento también habría sido deseable que la emitieran con mayor precisión que el resto de las personas, sin embargo apenas el 32% detalló tanto el nombre del medicamento, su dosis, intervalo de administración y duración. Esto podría tratarse de una actitud displicente al respecto o revelar un fuerte componente de consumo de los productos en dosis únicas, incluyendo al grupo de los antibióticos. Un aspecto no analizado y que debe tomarse en cuenta en futuros trabajos es la ingesta exclusivamente de muestras médicas, circunstancia que facilitaría un tratamiento subterapéutico o una fluctuante mezcla de productos y que no resulta improbable porque algunos de los fármacos utilizados tienen un costo elevado.

Finalmente, analizar algunos aspectos concernientes a las

reacciones adversas a los medicamentos permitió visualizar una falta en el conocimiento de los efectos indeseados (aparte de los comunes a todos los fármacos) asociados a los productos ingeridos por los mismos IR. Si existen este tipo de deficiencias no resulta difícil pensar que cuando se enfrenten a un paciente durante su futura práctica médica, pasarán por alto reacciones adversas o no aconsejarán adecuadamente al paciente, cuando de hecho este tipo de información siempre debe ofrecerse al paciente.¹⁹

Las reacciones adversas a medicamentos pueden ocurrir con cualquier tipo de fármaco, en cualquier persona y simular diversas enfermedades. Una prueba de esto es el hallazgo de antecedentes de efectos indeseables en los mismos IR, donde el 25% de aquellos que consumieron algún medicamento afirmaron haber sufrido alguno si bien fueron en su mayoría leves (n=20) o moderados (n=7), afectando sobre todo el aparato digestivo (55,6%) y relacionados principalmente con el consumo de antiparasitarios y antibióticos sistémicos.

Las prácticas de autocuidado de la salud pueden tener argumentos a favor y en contra,¹⁵ pero parece ser innegable la necesidad de mejorarlas entre las personas, incluso entre el mismo personal sanitario, para que el futuro de esta conducta resulte lo más favorable posible.²⁰ Los resultados de este estudio dejan por lo tanto algunas sugerencias. Por un lado en el pregrado se debe continuar y aumentar la enseñanza en Terapéutica (no solo en Farmacología) y en aspectos relativos al uso adecuado de los medicamentos. Una forma de corregir los desvíos entre el criterio clínico y la aplicación terapéutica es modificar los programas de las tutorías dirigidas que se realizan en el internado rotativo, haciendo énfasis en la selección del tratamiento individualizado para el paciente.

Por otra parte, debe procurarse un sistema que permita cubrir a la población de internos rotativos para asegurar su bienestar. Problemas como las cervicobraquialgias y lumbalgias, amenazas de aborto y tensión mental obedecen directamente a las condiciones laborales. Los problemas infecciosos también desmejoran la productividad y podrían merecer una salida momentánea del medio hospitalario, tanto para coadyuvar la recuperación así como para que la persona no sea un foco de contagio que recorre las salas del hospital. Los internos rotativos no son exclusivamente el engranaje entre el estudiante de medicina y el equipo de salud. Son personas productivas que laboran, que tienen responsabilidades y cumplen funciones específicas en el medio hospitalario, razón por la cual no debe descuidarse su condición de salud si deseamos que no deterioren su rendimiento individual. Debería buscarse la posibilidad de que el hospital que recibe un nuevo contingente de internos rotativos se responsabilice de la atención médica del interno, ofreciendo un equipo profesional definido que controle el estado de salud de este grupo humano. Caso contrario estaremos siempre descuidando la parte humana de la persona.

Agradecimiento

A Oswaldo Hidalgo, Wendy Calderón, Ana Lucía Enríquez y Lorena López, por su importante colaboración para la realización de esta investigación. A la promoción de médicos 1999 de la Universidad Central sin cuya participación no habría sido posible este estudio.

Bibliografía

1. Vaillant G: Physician, cherish thyself. The hazards of self-prescribing. *JAMA* 1992; 267: 2373-4.
2. Sanz Ortiz J: El estrés de los profesionales sanitarios y los cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 377-8.
3. Domenighetti G, Tomamichel M, Gutzwiller F, Berthoud S, Casabianca A: Psychoactive drug use among medical doctors is higher than in the general population. *Soc Sci Med* 1991; 33: 269-74.
4. Rosvold EO, Vaglum P, Moum T: Use of minor tranquilizers among Norwegian physicians. A nation-wide comparative study. *Soc Sci Med* 1998; 46: 581-90.
5. García Roldán JL, Carvajal A, Dueñas A, González JL, Velasco A: Consumo de drogas en una muestra de médicos del distrito universitario de Valladolid. *Psicopatología* 1983; 3: 41-54.
6. Carvajal A, García Roldán JL, Holgado E, Velasco A: Consumo de drogas en una muestra de médicos rurales de la provincia de Valladolid. *Med Clin (Barc)* 1984; 83: 444-6.
7. Laporte JR: Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo?. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 795-6.
8. Jaquier F, Buclin T, Diezi J: Self medication by the adolescent. *Schweiz Med Wochenschr [English abstract]* 1998; 128: 203-7.
9. Yáñez D, Vaca R, Novoa S, Salazar G, Bejarano J, Valarezo G: Automedicación, análisis de 400 encuestas realizadas en Quito (UCE) y en la parroquia rural San Miguelito (Pillaro-Tungurahua). *Científica* 1998; 5 (2): 65-8.
10. Anónimo. Guidelines for ATC classification. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology & Nordic Council on Medicines; 1990.
11. Proyecto "Apoyo a la Política Nacional de Medicamentos", Ecuador/OPS-OMS/Holanda, Lalama M y Terán R. "Buenas Prácticas de Prescripción (BPP)", Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; Tercera edición, 1998. OPS/ECU/EDU/98.1, Quito, 1998, 66 páginas.
12. Labrandero M, Escandón C, Ramírez JD, Hernández JM, Correño O: Consumo de tabaco entre médicos y enfermeras. *Rev Med IMSS (Mex)* 1995; 33: 55-60.
13. Maldonado JC, Orozco A, Maya C: Tabaquismo en estudiantes de la Escuela de Medicina de la UC. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador* 2000; 25 (1): 28-32.
14. Chetley A: Medicamentos problema. Segunda edición. Acción Internacional por la Salud (LAC). Chimbote-Perú: Gráfica Bellido, 1995.
15. Laporte JR, Castel JM: El médico ante la automedicación. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 414-6.
16. Drug Utilization Research Group, Latin America. Multicenter study on self-medication and self-prescription in six Latin American countries. *Clin Pharmacol Ther* 1997; 61: 488-93.
17. Maldonado JC, Oviedo M: Hipertensión arterial por pseudoefedrina: reacción adversa tipo B. Caso clínico y revisión. *Metro Ciencia* 1999; 8 (1): 31-5.
18. Zárate Cárdenas E, Llosa Isenrich L: Hábitos de prescripción de los médicos peruanos y factores que influyen en ellos. *Bol Oficina Sanit Panam* 1995; 119: 479-87.
19. Anónimo. Educación sobre medicamentos una necesidad creciente. Acción Internacional por la Salud-Nicaragua 1996; Boletín No. 5: 1-2.
20. Bradley C, Blenkinsopp A: The future for self medication. *BMJ* 1996; 312: 835-7.