



Original

Tendencia y factores asociados al uso de analgésicos en España entre 1993 y 2006

Arthur Eumann Mesas^{a,b,*}, Juan del Llano^b, Isabel Sánchez Magro^c, Marcilene Macoski^b
y Marcos Aparecido Sarria Cabrera^d

^a Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, España

^b Fundación Gaspar Casal, Madrid, España

^c Departamento Médico, Grünenthal Pharma, Madrid, España

^d Departamento de Clínica Médica, Programa de Posgrado en Salud Colectiva, Universidade Estadual de Londrina, Brasil

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de mayo de 2010

Aceptado el 2 de septiembre de 2010

On-line el xxx

Palabras clave:

Uso de medicamentos

Analgésicos

Estudios transversales

Encuestas de salud

Adulto

Keywords:

Medication use

Analgesics

Cross-sectional studies

Health surveys

Adults

RESUMEN

Fundamento y objetivos: Analizar la tendencia en el uso de analgésicos en adultos de España de 1993 a 2006, e identificar los factores socio-demográficos y de estilo de vida asociados.

Pacientes y método: Los datos proceden de 6 muestras representativas de la población española no institucionalizada de 16 y más años obtenidas en las Encuestas Nacionales de Salud de España de 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006. El uso de analgésicos se refirió a los 15 días previos a la entrevista. Se utilizaron modelos de regresión logística múltiple para estimar las asociaciones entre el uso de medicamentos y variables socio-demográficas y de estilo de vida.

Resultados: La frecuencia de uso de analgésicos aumentó progresivamente, pasando de 9,8% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 9,3-10,3%) en 1993 a 32,9% (IC 95% 32,4-33,5%) en 2006. El uso de analgésicos fue más frecuente en mujeres, obesos, consumidores de tabaco y los que dormían 6 o menos horas/día, independientemente del estado de salud y de enfermedades crónicas. El uso mediante receta médica aumentó desde el 55,6% del total consumido en 1993 hasta el 71,6% en 2006, mientras que la automedicación bajó de 44,4% a 28,4% en el mismo período.

Conclusiones: En el período de 1993 a 2006 se ha producido un aumento sustancial del uso de analgésicos en los adultos españoles. Además del estado de salud, algunos factores socio-demográficos y de estilo de vida conforman un patrón de mayor consumo de estos medicamentos.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Trends and factors associated with analgesics use in Spain from 1993 to 2006

ABSTRACT

Background and objectives: To analyze trends in the use of analgesics in adults in Spain from 1993 to 2006, and to identify the associated lifestyle and socio-demographic factors.

Patients and method: The data were obtained from 6 Spanish National Health Surveys conducted in 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 and 2006 with representative samples of the non-institutionalized Spanish population of 16 years of age and older. Analgesics use was defined as having taken place in the 15 days prior to the interview. Models of multiple logistic regression were used to calculate the associations between the use of analgesics and lifestyle and socio-demographic variables.

Results: The frequency of the analgesics use increased progressively, from 9.8% (confidence interval [CI] 95% 9.3-10.3%) in 1993 to 32.9% (CI 95% 32.4-33.5%) in 2006. Analgesics use was most frequent in women, obese individuals, tobacco users and those who slept 6 or lower hours a night, independent of their self-rated health and chronic diseases. The use of prescription analgesics increased from 55.6% of total consumption in 1993 to 71.6% in 2006, while self-medication fell from 44.4% to 28.4% in the same period.

Conclusions: From 1993 to 2006 analgesics use increased significantly in spanish adults. Besides overall health, some lifestyle and socio-demographic factors contribute to a pattern of increased consumption of these medications.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arthur.mesas@uam.es (A.E. Mesas).

Introducción

El uso de fármacos analgésicos es frecuente en la población general^{1,2}. La prevalencia del dolor ha aumentado en las últimas décadas³, lo que coincide con el incremento del consumo per cápita de analgésicos estimado a partir de las ventas de medicamentos⁴. Además, el uso de analgésicos se ha asociado a algunas características socio-demográficas y del estilo de vida^{1,2,5,6}, incluso independientemente del estado de salud y del dolor^{1,7}. Aunque estos fármacos suponen importantes beneficios derivados del control de dolor, el abuso de algunos de ellos puede tener efectos negativos, como el mayor riesgo de cefaleas⁸, enfermedad renal crónica⁹, hipertensión¹⁰ y complicaciones digestivas¹¹.

La mayoría de los estudios sobre el uso de analgésicos son descriptivos y de diseño transversal. El único estudio que se ha encontrado examinando la tendencia temporal, a partir de datos individuales, ha mostrado un aumento en el uso de analgésicos entre trabajadores de Francia⁵. Pero hasta donde se sabe, no se han publicado estudios sobre la tendencia en el uso de analgésicos y sus factores asociados en la población general. Además, tampoco se ha estudiado la evolución del consumo mediante prescripción médica o por automedicación. Esta información podría orientar estrategias de promoción de uso racional de medicamentos.

Por todo lo anterior, este estudio examina la tendencia del consumo de analgésicos en adultos de España en el período 1993 a 2006. Además, identifica los factores socio-demográficos y de estilo de vida asociados con el consumo de estos medicamentos, y estima la proporción de uso sin receta médica en la serie temporal.

Participantes y método

Los datos proceden de las entrevistas domiciliarias realizadas dentro de las Encuestas Nacionales de Salud de España (ENSE) de 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006¹². Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo estratificado por tamaño de hábitat, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones censales) de forma aleatoria proporcional. Finalmente, los individuos se eligieron por cuotas de edad y sexo, resultando en muestras representativas de la población española no institucionalizada de 16 años y más.

Las muestras estaban formadas por 21.061 personas en 1993, 6.396 en 1995, 6.395 en 1997, 21.066 en 2001, 21.650 en 2003 y 29.478 en 2006. En este estudio, los datos de 1995 y 1997 fueron agregados para compensar el menor tamaño muestral de estos años en comparación con las demás encuestas.

La información sobre el uso de analgésicos se obtuvo con la pregunta: "En las últimas dos semanas, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento?" Cuando la respuesta era afirmativa, el entrevistador preguntaba específicamente si había consumido "medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre". En el año 2006, esta opción fue dividida en "medicinas para el dolor", y "medicinas para bajar la fiebre", pero los presentes análisis las agregaron para conferir homogeneidad con las demás encuestas. Considerándose que no existen prácticamente antitérmicos que no sean a su vez analgésicos y que sean empleados como tales por la población general, en este estudio se refirió a los medicamentos para el dolor y/o para bajar la fiebre estrictamente como analgésicos, aunque eventualmente pueden utilizarse como antitérmicos. Además, se les preguntaba si el medicamento había sido recetado por un médico.

También se recogió información sobre variables socio-demográficas, como el sexo, la edad, el nivel de estudios, el estado civil y la ocupación. Con relación al estilo de vida, se les preguntó sobre el

consumo de tabaco, consumo de alcohol (cualquier cantidad/dosis en los "últimos 15 días", o en los "últimos 12 meses" en la encuesta de 2003), práctica de actividad física en tiempo libre y duración total del sueño (número de horas que duerme en las 24 horas del día). También se les preguntó cuánto pesaban y cuánto medían aproximadamente; con estos datos se calculó el índice de masa corporal como peso (en kilogramos) dividido por talla (en metros) al cuadrado (peso normal 18,5- 24,9 kg/m², sobrepeso 25-29,9 kg/m², y obesidad ≥ 30 kg/m²). Finalmente, el estado de salud se valoró según la salud autorreportada y el número de enfermedades crónicas que habían sido diagnosticadas por un médico (hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes, asma o bronquitis crónica, enfermedad del corazón, úlcera de estómago, y alergia).

Análisis estadístico

Los análisis utilizaron factores de ponderación para cada individuo según la provincia de residencia. En cambio, en 1995 y en 1997 la muestra fue autoponderada, ya que en ambos años se seleccionó una sola muestra a nivel nacional.

Inicialmente se calculó la prevalencia absoluta y el intervalo de confianza del 95% (IC 95%) del uso de analgésicos para cada encuesta. Los cálculos fueron también estratificados según las variables socio-demográficas, de estilo de vida y de estado de salud disponibles.

A continuación, las tasas de prevalencia del uso de analgésicos (total, con prescripción y sin prescripción) fueron estandarizadas por edad, para la población total y en cada sexo. Se usó este método para controlar el efecto del envejecimiento poblacional ocurrido de 1993 a 2006 en la comparación de las series estudiadas. Las tasas se estandarizaron con el método directo, utilizando como estándar la distribución de edad de la población española en 1999, que es la población en la mitad del período en estudio.

Finalmente, la relación entre el uso de analgésicos y las demás variables de interés se resumió mediante *odds ratios* (OR) con sus IC 95%. Para ello, se usaron modelos de regresión logística múltiple para cada año estudiado, en los que el uso de medicamentos fue la variable dependiente y se ajustaba por las demás variables de estudio. Las variables independientes se seleccionaron teniendo en cuenta la información disponible en la bibliografía y además su asociación univariante ($p < 0,10$). La significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Los principales análisis se realizaron con el programa SPSS, versión 15.0. También se utilizó el programa Microsoft Excel, versión 2007 para la estandarización de tasas.

Resultados

La **tabla 1** presenta las características de los participantes en cada ENSE. Los principales cambios observados en el período fueron el envejecimiento poblacional, el aumento de la prevalencia de la obesidad y de las enfermedades crónicas (**tabla 1**). Además, también se observó el aumento de la proporción de trabajadores activos, y la reducción del sedentarismo y del consumo de tabaco.

La **tabla 2** muestra la tendencia temporal de la prevalencia de uso de analgésicos según características socio-demográficas, de estilo de vida y el estado de salud. En el año 1993, uno de cada 10 españoles de 16 años y más había consumido un medicamento para el dolor y/o para bajar la fiebre en las últimas dos semanas. Esta proporción aumentó gradual y significativamente en los años siguientes, de modo que en 2006 los usuarios representaban un tercio de la población. La evolución de las tasas de prevalencia estandarizadas por edad indica que el aumento del consumo de analgésicos fue independiente del cambio demográfico en el período de estudio, tanto en el total de la población como en cada sexo.

Tabla 1
Características socio-demográficas de los participantes según el año de la Encuesta Nacional de Salud de España

	1993		1995/97		2001		2003		2006	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Total	21.061	100,0	12.791	100,0	21.066	100,0	21.650	100,0	29.478	100,0
Sexo										
Varones	10.195	48,5	6.189	48,4	10.183	48,3	10.561	48,8	14.459	49,1
Mujeres	10.828	51,5	6.602	51,6	10.884	51,7	11.089	51,2	15.019	50,9
Grupo de edad (años)										
16-24	4.052	19,2	2.468	19,3	3.331	15,8	3.045	14,1	3.670	12,5
25-44	7.167	34,1	4.516	35,4	7.895	37,5	8.464	39,1	11.706	39,7
45-64	6.086	28,9	3.553	27,8	5.591	26,6	5.882	27,1	8.382	28,4
65-74	2.386	11,3	1.447	11,4	2.673	12,7	2.436	11,3	3.030	10,3
75+	1.370	6,5	782	6,1	1.553	7,4	1.824	8,4	2.688	9,1
Índice de masa corporal										
<25 kg/m ²	10.114	56,1	5.931	54,2	9.649	51,1	10.721	50,9	13.017	48,4
25-29,9 kg/m ²	6.308	34,9	3.780	34,6	6.832	36,1	7.552	35,8	9.841	36,6
≥30 kg/m ²	1.622	9,0	1.226	11,2	2.418	12,8	2.806	13,3	4.045	15,0
Nivel de estudios										
Universitario	1.722	8,2	1.434	11,6	4.080	21,0	4.494	20,8	4.966	17,0
Secundario	5.430	26,0	3.414	27,8	9.012	46,4	7.693	35,5	12.005	41,1
Primario	10.514	50,3	6.479	52,6	5.185	26,7	6.669	30,8	8.933	30,6
Sin estudios	3.240	15,5	989	8,0	1.141	5,9	2.761	12,9	3.303	11,3
Estado civil										
Soltero	6.280	29,9	3.983	31,2	6.487	30,8	7.142	33,0	9.312	31,7
Casado	12.798	61,0	7.571	59,3	12.196	57,9	12.358	57,1	16.777	57,1
Divorciado/separado	375	1,8	266	2,1	729	3,5	571	2,6	1.206	4,1
Viudo	1.540	7,3	948	7,4	1.634	7,8	1.578	7,3	2.072	7,1
Ocupación										
Trabajador activo	8.405	40,2	4.811	37,9	9.309	44,4	10.158	46,9	15.143	52,1
Parado	1.902	9,1	1.385	10,9	1.578	7,5	2.372	11,0	2.107	7,3
Jubilado/pensionista	3.671	17,6	2.492	19,7	4.338	20,7	4.482	20,7	6.038	20,8
Estudiante	2.196	10,5	1.418	11,2	1.886	9,0	1.779	8,2	1.919	6,6
Labores del hogar	4.737	22,6	2.574	20,3	3.854	18,4	2.859	13,2	3.846	13,2
Actividad física										
No sedentario	9.577	45,8	6.846	53,7	11.137	53,2	12.649	58,4	17.417	60,6
Sedentario	11.318	54,2	5.896	46,3	9.814	46,8	9.001	41,6	11.343	39,4
Consumo de tabaco										
No fumador	13.307	63,6	8.056	63,7	13.775	65,5	14.945	69,0	20.783	70,5
Fumador	7.603	36,4	4.599	36,3	7.248	34,5	6.705	31,0	8.695	29,5
Consumo de alcohol										
No bebedor	10.732	52,4	6.644	52,2	10.973	52,3	9.505	43,9	16.429	55,7
Bebedor	9.745	47,6	6.076	47,8	10.005	47,7	12.145	56,1	13.049	44,3
Duración del sueño (horas/día)										
7-8	13.368	65,0	7.879	62,5	13.096	62,7	13.504	62,8	11.997	61,8
≤6	3.455	16,8	2.635	20,9	4.695	22,4	4.763	22,1	6.890	23,7
≥9	3.746	18,2	2.097	16,6	3.126	14,9	3.241	15,1	4.236	14,5
Estado de salud (autorreportado)										
Muy bueno, bueno	14.449	68,8	8.621	67,5	14.602	69,5	14.716	68,0	19.611	66,5
Regular, malo, muy malo	6.554	31,2	4.154	32,5	6.407	30,5	6.934	32,0	9.867	33,5
Enfermedades crónicas^a (n°.)										
0	14.845	70,5	8.815	68,9	13.864	65,8	14.051	64,9	17.245	58,5
≥1	6.216	29,5	3.997	31,1	7.202	34,2	7.599	35,1	12.233	41,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística – INE¹².^a Hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes, asma o bronquitis crónica, enfermedad del corazón, úlcera de estómago y alergia.

El perfil socio-demográfico de los consumidores de analgésicos se mantuvo estable. En todos los años analizados, el porcentaje de consumidores fue mayor en las mujeres, los de 45 años y más, los obesos, con menor nivel de estudios, los separados, divorciados o viudos, y los jubilados, pensionistas y los se dedicaban a las labores del hogar (tabla 2). Además, la prevalencia de uso de analgésicos fue más elevada en todo el período de estudio en los sedentarios y los que dormían 6 o menos horas; también fue mayor entre los que refirieron salud regular, mala o muy mala, y entre los que tenían al menos una enfermedad crónica (tabla 2).

Por otro lado, los análisis multivariantes muestran que, en cada año del estudio, el sexo femenino, el consumo de tabaco, el sueño de corta duración (≤6 horas) y el peor estado de salud se asociaron de forma independiente al consumo de analgésicos (tabla 3). Además, a partir de 2001 se observó una tendencia a mayor asociación entre el uso de estos medicamentos y la obesidad, el bajo nivel de estudios, la viudez y la presencia de enfermedades crónicas (tabla 3).

La tabla 4 muestra un mayor aumento del consumo de analgésicos prescritos por un médico que de los consumidos sin

Tabla 2
Prevalencia (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]) del uso de analgésicos según factores socio-demográficos, estilo de vida, salud y año de la Encuesta Nacional de Salud de España

Factor	1993		1995-1997		2001		2003		2006	
	p ^a	(IC 95%)	p ^a	(IC 95%)	p ^a	(IC 95%)	p ^a	(IC 95%)	p ^a	(IC 95%)
Total ^b	9,8	(9,3-10,3)	15,1	(14,5-15,8)	16,3	(15,8-16,8)	19,8	(19,3-20,4)	32,9	(32,4-33,5)
Sexo										
Varones ^b	7,3	(6,8-7,8)	10,9	(10,2-11,7)	11,9	(11,2-12,5)	14,5	(13,9-15,2)	24,2	(23,5-24,9)
Mujeres ^b	12,1	(11,5-12,7)	19,0	(18,0-19,9)	20,5	(19,8-21,3)	24,8	(24,0-25,6)	41,4	(40,6-42,1)
Grupo de edad (años)										
16-24	7,6	(6,8-8,4)	13,0	(11,7-14,3)	14,0	(12,8-15,2)	15,4	(14,1-16,7)	25,3	(23,9-26,7)
25-44	9,2	(8,5-9,9)	15,1	(14,1-16,1)	14,7	(13,9-15,5)	18,2	(17,4-19,0)	30,0	(29,2-30,8)
45-64	11,2	(10,4-12,0)	16,8	(15,6-18,0)	17,6	(16,6-18,6)	20,7	(19,7-21,7)	36,0	(35,0-37,0)
65-74	10,3	(9,0-11,6)	15,5	(13,6-17,4)	19,3	(17,8-20,8)	23,9	(22,2-25,6)	39,7	(38,0-41,4)
75+	10,9	(9,5-12,3)	13,4	(11,0-15,8)	20,1	(18,1-22,1)	27,4	(25,4-29,4)	42,1	(40,2-44,0)
Índice de masa corporal										
<25 kg/m ²	9,0	(8,4-9,6)	14,8	(13,9-15,7)	14,9	(14,2-15,6)	18,7	(18,0-19,4)	30,5	(29,7-31,3)
25-29,9 kg/m ²	9,6	(8,9-10,3)	14,0	(12,9-15,1)	15,6	(14,7-16,5)	19,1	(18,2-20,0)	32,7	(31,8-33,6)
≥30 kg/m ²	10,4	(8,9-11,9)	17,0	(14,9-19,1)	21,5	(19,9-23,1)	27,6	(25,9-29,3)	39,3	(37,8-40,8)
Nivel de estudios										
Universitario	12,1	(11,0-13,2)	16,9	(15,0-18,8)	14,2	(13,1-15,3)	17,6	(16,5-18,7)	28,1	(26,8-29,4)
Secundario	9,4	(8,8-10,0)	13,7	(12,5-14,9)	14,7	(14,0-15,4)	18,1	(17,2-19,0)	30,2	(29,4-31,0)
Primario	9,2	(8,4-10,0)	14,8	(13,9-15,7)	17,3	(16,3-18,3)	20,4	(19,4-21,4)	35,6	(34,6-36,6)
Sin estudios	8,6	(7,3-9,9)	17,7	(15,3-20,1)	23,8	(21,3-26,3)	27,4	(25,7-29,1)	45,2	(43,5-46,9)
Estado civil										
Soltero	7,8	(7,1-8,5)	13,5	(12,4-14,6)	13,5	(12,7-14,3)	16,8	(15,9-17,7)	27,4	(26,5-28,3)
Casado	10,2	(9,7-10,7)	15,4	(14,6-16,2)	16,8	(16,1-17,5)	20,4	(19,7-21,1)	34,5	(33,8-35,2)
Divorciado/separado	15,1	(11,5-18,7)	19,2	(14,5-23,9)	17,7	(14,9-20,5)	19,3	(16,1-22,5)	37,1	(34,4-39,8)
Viudo	11,9	(10,4-13,4)	19,1	(16,6-21,6)	23,1	(21,1-25,1)	30,5	(28,2-32,8)	46,8	(44,7-48,9)
Ocupación										
Trabajador activo	8,9	(8,3-9,5)	13,2	(12,2-14,2)	13,8	(13,1-14,5)	16,1	(15,4-16,8)	29,0	(28,3-29,7)
Parado	7,3	(6,2-8,4)	14,2	(12,4-16,0)	12,9	(11,4-14,4)	16,0	(14,3-17,7)	23,9	(22,0-25,8)
Jubilado/pensionista	9,6	(8,3-10,9)	15,7	(13,8-17,6)	16,6	(14,8-18,4)	21,5	(19,8-23,2)	33,3	(31,3-35,3)
Estudiante	9,8	(8,9-10,7)	15,0	(13,6-16,4)	18,4	(17,2-19,6)	25,3	(24,0-26,6)	39,1	(37,9-40,3)
Labores del hogar	12,1	(11,2-13,0)	19,1	(17,6-20,6)	21,4	(20,1-22,7)	26,0	(24,4-27,6)	44,7	(43,1-46,3)
Actividad física										
No sedentario	8,5	(7,9-9,1)	14,5	(13,7-15,3)	15,0	(14,3-15,7)	18,5	(17,7-19,3)	31,6	(30,9-32,3)
Sedentario	10,8	(10,2-11,4)	15,9	(15,0-16,8)	17,8	(17,0-18,6)	20,9	(20,2-21,6)	35,8	(34,9-36,7)
Consumo de tabaco										
No fumador	9,9	(9,4-10,4)	15,1	(14,3-15,9)	16,6	(16,0-17,2)	20,2	(19,6-20,8)	33,7	(33,1-34,3)
Fumador	9,4	(8,7-10,1)	15,3	(14,3-16,3)	15,8	(15,0-16,6)	19,3	(18,4-20,2)	32,1	(31,1-33,1)
Consumo de alcohol										
No bebedor	10,3	(9,7-10,9)	14,2	(13,4-15,0)	14,8	(14,1-15,5)	21,0	(20,2-21,8)	36,5	(35,7-37,3)
Bebedor	9,2	(8,6-9,8)	16,3	(15,4-17,2)	18,0	(17,3-18,7)	19,1	(18,4-19,8)	30,6	(29,9-31,3)
Duración del sueño (horas/día)										
7-8	8,9	(8,4-9,4)	14,3	(13,5-15,1)	14,3	(13,7-14,9)	17,7	(17,1-18,3)	30,5	(29,8-31,2)
≤6	12,5	(11,4-13,6)	18,4	(16,9-19,9)	21,9	(20,7-23,1)	26,0	(24,8-27,2)	41,5	(40,3-42,7)
≥9	9,1	(8,2-10,0)	13,3	(11,8-14,8)	16,3	(15,0-17,6)	19,2	(17,8-20,6)	31,5	(30,1-32,9)
Estado de salud (autorreportado)										
Muy bueno, bueno	7,4	(7,0-7,8)	12,1	(11,4-12,8)	11,9	(11,4-12,4)	14,3	(13,7-14,9)	23,9	(23,3-24,5)
Regular, malo, muy malo	14,7	(13,9-15,5)	21,5	(20,3-22,7)	26,4	(25,3-27,5)	31,9	(30,8-33,0)	51,7	(50,7-52,7)
Enfermedades crónicas^c (n°.)										
0	8,8	(8,3-9,3)	14,4	(13,7-15,1)	14,9	(14,3-15,5)	17,4	(16,8-18,0)	28,7	(28,0-29,4)
≥1	11,7	(10,9-12,5)	16,8	(15,6-18,0)	19,1	(18,2-20,0)	24,6	(23,6-25,6)	39,7	(38,8-40,6)

^a Prevalencia del uso de analgésicos.^b Prevalencia estandarizada según la distribución por edad de la población de España en 1999.^c Hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes, asma o bronquitis crónica, enfermedad del corazón, úlcera de estómago y alergia.

receta. De hecho, la proporción de consumo con o sin receta era similar en 1993 (55,6 y 44,4%, respectivamente), pero en 2006 dos tercios de las personas que usaron estos medicamentos lo hicieron mediante receta. Al comparar la evolución del consumo según la prescripción y el sexo, se nota que las mujeres presentaron mayor proporción de consumo con receta que los varones, y esto se mantuvo en todos los años estudiados (tabla 4).

Discusión

Según los datos de las ENSE, en adultos de España el uso de analgésicos aumentó progresivamente de 1993 a 2006. En este período, el uso de esta medicación fue más frecuente en mujeres, personas con sobrepeso o obesidad, fumadores y en los que dormían menos horas, con independencia del estado de salud percibido y de algunas enfermedades crónicas. Además, se observó

Tabla 3
Factores asociados con el uso de analgésicos según el año de la Encuesta Nacional de Salud de España

Factor	1993		1995-1997		2001		2003		2006	
	OR ^a	(IC 95%)	OR ^a	(IC 95%)	OR ^a	(IC 95%)	OR ^a	(IC 95%)	OR ^a	(IC 95%)
Sexo										
Varones	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Mujeres	1,78	(1,55-2,03) [*]	1,89	(1,64-2,17) [*]	1,80	(1,63-2,00) [*]	1,81	(1,67-1,97) [*]	2,08	(1,95-2,22) [*]
Grupo de edad (años)										
16-24	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
25-44	1,08	(0,88-1,32)	1,19	(0,95-1,49)	0,81	(0,69-0,96) [*]	1,09	(0,93-1,28)	1,07	(0,95-1,21)
45-64	1,20	(0,95-1,51)	1,16	(0,89-1,50)	0,78	(0,64-0,96) [*]	0,95	(0,79-1,13)	1,00	(0,87-1,15)
65-74	1,02	(0,75-1,39)	0,97	(0,69-1,36)	0,69	(0,54-0,90) [*]	0,83	(0,66-1,03)	0,88	(0,73-1,05)
75+	1,14	(0,83-1,56)	0,81	(0,53-1,24)	0,75	(0,56-1,01)	0,91	(0,72-1,15)	0,83	(0,68-1,01)
Índice de masa corporal										
<25 kg/m ²	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
25-29,9 kg/m ²	1,07	(0,95-1,21)	1,01	(0,88-1,16)	1,05	(0,95-1,16)	1,00	(0,92-1,09)	1,11	(1,04-1,18) [*]
≥30 kg/m ²	0,98	(0,80-1,19)	1,12	(0,92-1,35)	1,35	(1,18-1,55) [*]	1,34	(1,20-1,49) [*]	1,17	(1,08-1,28) [*]
Nivel de estudios										
Universitario	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Secundario	1,07	(0,87-1,31)	0,84	(0,70-1,01)	0,90	(0,80-1,00)	0,96	(0,87-1,07)	1,03	(0,94-1,11)
Primario	0,92	(0,75-1,13)	0,80	(0,66-0,96) [*]	0,88	(0,77-1,02)	0,87	(0,78-0,97) [*]	1,00	(0,92-1,10)
Sin estudios	0,98	(0,76-1,27)	0,78	(0,58-1,04)	1,13	(0,91-1,40)	1,01	(0,87-1,16)	1,19	(1,05-1,34) [*]
Estado civil										
Soltero	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Casado	1,08	(0,92-1,28)	1,02	(0,85-1,21)	1,14	(1,01-1,30) [*]	1,04	(0,93-1,16)	1,06	(0,98-1,14)
Divorciado/separado	1,56	(1,10-2,21) [*]	1,29	(0,89-1,86)	1,11	(0,88-1,41)	0,80	(0,63-1,02)	1,06	(0,92-1,23)
Viudo	1,10	(0,83-1,46)	1,13	(0,82-1,54)	1,18	(0,94-1,47)	1,19	(1,00-1,41) [*]	1,16	(1,00-1,35) [*]
Ocupación										
Trabajador activo	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Parado	0,96	(0,76-1,22)	1,34	(1,04-1,71) [*]	0,97	(0,79-1,18)	1,17	(0,98-1,40)	1,10	(0,95-1,28)
Jubilado/pensionista	1,10	(0,91-1,33)	1,19	(0,99-1,44)	1,03	(0,88-1,22)	1,18	(1,05-1,33) [*]	1,02	(0,92-1,14)
Estudiante	0,76	(0,61-0,94) [*]	1,03	(0,81-1,30)	1,06	(0,89-1,26)	1,24	(1,07-1,43) [*]	1,08	(0,97-1,22)
Labores del hogar	0,86	(0,72-1,02)	1,00	(0,83-1,21)	0,99	(0,85-1,13)	1,15	(1,02-1,31) [*]	1,07	(0,97-1,18)
Actividad física										
No sedentario	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Sedentario	1,06	(0,95-1,19)	0,91	(0,81-1,03)	1,00	(0,92-1,09)	0,95	(0,88-1,02)	1,01	(0,95-1,07)
Consumo de tabaco										
No fumador	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Fumador	1,18	(1,05-1,37) [*]	1,16	(1,03-1,32) [*]	1,20	(1,09-1,32) [*]	1,17	(1,07-1,27) [*]	1,14	(1,07-1,21) [*]
Consumo de alcohol										
No bebedor	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Bebedor	1,14	(1,01-1,28) [*]	0,93	(0,83-1,05)	0,92	(0,84-1,00)	1,22	(1,13-1,32) [*]	0,91	(0,86-0,97) [*]
Duración del sueño (horas/día)										
7-8	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
≤6	1,22	(1,06-1,40) [*]	1,21	(1,05-1,39) [*]	1,36	(1,23-1,51) [*]	1,31	(1,20-1,42) [*]	1,25	(1,17-1,33) [*]
≥9	0,99	(0,85-1,14)	0,88	(0,75-1,04)	1,02	(0,90-1,16)	0,96	(0,86-1,07)	0,91	(0,83-0,99) [*]
Estado de salud (autorreportado)										
Muy bueno, bueno	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Regular, malo, muy malo	2,21	(1,96-2,49) [*]	1,99	(1,75-2,27) [*]	2,53	(2,30-2,79) [*]	2,55	(2,35-2,76) [*]	2,98	(2,80-3,18) [*]
Enfermedades crónicas^b (n°)										
0	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
≥1	1,01	(0,89-1,15)	0,99	(0,86-1,13)	0,92	(0,83-1,02)	1,08	(0,99-1,17)	1,17	(1,10-1,24) [*]

^a Odds ratio calculado en modelo de regresión logística ajustado por todas las variables estudiadas (valor p<10 en análisis univariantes). IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

^b Hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes, asma o bronquitis crónica, enfermedad del corazón, úlcera de estómago y alergia.

* p<0,05.

una reducción progresiva de la automedicación en comparación con el consumo mediante prescripción médica, aunque un tercio de los consumidores todavía se automedicaba en 2006.

El incremento del uso de analgésicos en el presente estudio continúa la tendencia observada en períodos anteriores al analizado^{4,5,13}. En los países nórdicos, el consumo per cápita de analgésicos también aumentó de 1978 a 1988¹³. En Francia, el porcentaje de trabajadores que consumieron analgésicos aumentó desde 8,7% en 1986 hasta 15,1% en 1996⁵. Se han sugerido algunas explicaciones para este incremento en el consumo de medicamentos, como el aumento de las enfermedades crónicas

músculo-esqueléticas³ y de trastornos mentales como la ansiedad y depresión¹⁴, la mejora del acceso al sistema sanitario, dado que el dolor es uno de los principales motivos para las visitas médicas^{15,16}, la publicidad de medicamentos dirigida a la población general y la prescripción inducida por el paciente¹⁷.

Diversos estudios transversales examinaron la relación entre el consumo de analgésicos y variables socio-demográficas y de estilo de vida, pero los resultados no fueron consistentes^{1,2,5,18-21}. Esto podría explicarse, en parte, por diferencias metodológicas: distintos criterios de selección de sujetos, grupos de edad heterogéneos y diferencias en el modo de obtener la información

Tabla 4
Prevalencia estandarizada (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]) del uso de analgésicos de 1993 a 2006, según la prescripción y el sexo, en las Encuestas Nacionales de Salud de España

	1993			1995-1997			2001			2003			2006		
	p ^b	(IC 95%)	% ^a	p ^b	(IC 95%)	% ^a	p ^b	(IC 95%)	% ^a	p ^b	(IC 95%)	% ^a	p ^b	(IC 95%)	% ^a
Total															
Con prescripción	5,4	(5,1-5,7)	55,6	8,4	(7,9-8,9)	54,5	10,2	(9,8-10,6)	62,3	12,0	(11,6-12,4)	60,6	23,4	(23,0-23,9)	71,6
Sin prescripción	4,3	(4,1-4,6)	44,4	6,7	(6,3-7,2)	45,5	6,1	(5,8-6,5)	37,7	7,8	(7,4-8,2)	39,4	9,5	(9,2-9,8)	28,4
Sexo															
<i>Varones</i>															
Con prescripción	3,8	(3,5-4,2)	53,1	5,5	(4,9-6,1)	49,9	7,0	(6,5-7,4)	58,8	8,3	(7,8-8,8)	57,0	16,1	(15,4-16,6)	66,9
Sin prescripción	3,5	(3,1-3,8)	46,9	5,4	(4,9-6,0)	50,1	4,9	(4,5-5,3)	41,2	6,2	(5,8-6,7)	43,0	8,1	(7,7-8,6)	33,1
<i>Mujeres</i>															
Con prescripción	6,9	(6,4-7,4)	57,1	11,0	(10,2-11,8)	57,1	13,2	(12,6-13,9)	64,2	15,6	(14,9-16,2)	62,7	30,6	(29,8-31,3)	74,2
Sin prescripción	5,2	(4,8-5,6)	42,9	8,0	(7,3-8,6)	42,9	7,3	(6,8-7,8)	35,8	9,2	(8,7-9,8)	37,3	10,8	(10,3-11,3)	25,8

^a Proporción del total de personas que consumieron los medicamentos.^b Prevalencia estandarizada según la distribución por edad de la población de España en 1999.

(tipos de fármacos, dosis, frecuencia, período de uso), entre otros. En este estudio, por primera vez se analizan los factores asociados al consumo de analgésicos en muestras representativas de una misma población en varios períodos consecutivos. Por ello, es razonable considerar que las características que mantuvieron una tendencia temporal de asociación con el uso de estos medicamentos componen un perfil epidemiológico del usuario en este país.

Al igual que en este estudio, varios autores han observado mayor uso de estos medicamentos en las mujeres^{1,19-21}. Se han sugerido varias explicaciones, como la mayor presencia de enfermedades músculo-esqueléticas crónicas en mujeres de edad avanzada²², la mayor contribución relativa de las mujeres a la población anciana⁷, la elevada frecuencia de dismenorrea²³ y la diferente respuesta a los analgésicos mediada por factores socio-culturales, psicológicos y biológicos²⁴. Otros autores observaron que el consumo de medicamentos en general no difiere entre varones y mujeres tras ajustar por los problemas de salud y la frecuentación médica²⁵, variables no completamente controladas en este estudio.

Con relación a la edad, aunque la frecuencia de uso de analgésicos haya sido notablemente más elevada en personas mayores, la edad no tuvo un efecto independiente constante sobre el uso de estas medicinas tras ajustar por el estado de salud y demás variables de estudio. Esto sugiere que el mayor consumo de estos medicamentos entre personas mayores probablemente se debe al peor estado de salud y al mayor impacto del estilo de vida en la salud que se observa en este grupo de edad frente a otras edades. Además, también es posible que la mayor frecuentación médica de este grupo de edad explique parcialmente el mayor consumo de analgésicos²⁶. Resultados semejantes se han encontrado en Francia⁵, Finlandia¹⁸, y en EE.UU.².

En nuestro estudio, se observó una mayor utilización de analgésicos en los individuos con menor nivel educativo, viudos, jubilados, pensionistas y en los dedicados a las labores del hogar. No obstante, el nivel educativo, el estado civil, y la ocupación no se asociaron de modo independiente con el uso de analgésicos en las encuestas analizadas. Algunos autores también encontraron mayor frecuencia de consumo en aquellos con menos educación formal^{18,21,25,27}, jubilados y pensionistas^{18,20} o parados¹⁸. Sin embargo, en la mayoría de los estudios estas variables tampoco ayudaron a establecer un perfil de utilización de estos medicamentos^{1,2,19,20}. Además, aunque los análisis ajustaron por la edad, no se descarta que las asociaciones entre el uso de analgésicos y algunos aspectos socio-demográficos (como el nivel educativo, la viudedad, la jubilación o la condición de pensionista) se deban a otros factores relacionados con el envejecimiento y que no se controlaron, como el dolor crónico, la limitación funcional y la calidad de vida.

Por otro lado, algunos aspectos del estilo de vida, como la obesidad, el tabaquismo y la duración corta del sueño se asociaron al mayor uso de estos medicamentos. El mayor uso de analgésicos en los obesos es consistente con los tres estudios que examinaron el efecto del índice de masa corporal^{1,10,21}. Aunque nuestros análisis ajustaron por el estado de salud percibida y por siete enfermedades crónicas, es posible que esta asociación se deba a la mayor prevalencia de comorbilidad relacionada con el dolor en obesos que no fue controlada, como los trastornos músculo-esqueléticos. También se ha descrito en otros estudios el uso más frecuente de analgésicos en los fumadores^{1,10,19,21}. El sueño de corta duración también se asoció con el mayor uso de analgésicos. Otros autores describieron que los trastornos del sueño se relacionan de forma independiente con el mayor uso de analgésicos¹ y con una mayor frecuencia de dolor en el día siguiente⁶. Se ha observado que el sueño corto se asocia con el dolor crónico músculo-esquelético²² y con mayor frecuencia de trastornos relacionados con el sueño, como dificultades para empezar y mantener el sueño por la noche y somnolencia diurna excesiva, observados sobre todo en personas mayores²⁸. Por ello, es razonable que aquellos que duermen poco con mayor frecuencia utilicen analgésicos para aliviar sus molestias y optimizar la calidad y la duración del sueño. También es necesario considerar que la asociación entre el uso de analgésico y el sueño corto puede deberse a variables no ajustadas en los análisis, como la peor calidad de vida u otras comorbilidades.

La asociación entre el estilo de vida y el uso de analgésicos posiblemente se debe a los efectos que estos hábitos tienen sobre la salud. El consumo de tabaco y la duración extrema del sueño son factores de riesgo para diversos problemas de salud. El peor estado de salud fue el mejor predictor del uso de analgésico en todos los años estudiados, e independiente de todas las variables controladas. Esta observación es consistente con diversos estudios^{1,18,21}. Sin embargo, la relación entre el estilo de vida y el uso de analgésicos no se explicó completamente por el peor estado de salud. Tanto el tabaco como el sueño de corta duración se asociaron con el uso de analgésicos incluso después de ajustar por salud percibida y enfermedades crónicas.

Finalmente, este es el primer estudio que examina la evolución del consumo de analgésicos con receta médica y sin ella. Se observó un aumento progresivo del uso de medicamentos tanto con receta como por automedicación en ambos sexos de 1993 a 2006. Otros autores observaron que sólo la cuarta parte de los medicamentos fueron consumidos sin receta en la población adulta de Cataluña²⁰. La conocida mayor proporción de automedicación en varones en comparación con las mujeres^{2,20} fue observada en todos los años estudiados, y es posible que esto se deba, al menos en parte, a la menor frecuentación médica entre los varones²⁶. De todas formas,

el aumento del uso mediante receta debe ser interpretado con cautela al tratarse de informaciones autorreferidas por el entrevistado, pues aunque estos medicamentos se hayan obtenido con receta del médico en una primera vez, es posible que se siguieran utilizando según el albedrío de los pacientes.

Algunos aspectos metodológicos también merecen un comentario. Primero, los resultados se han obtenido en grandes muestras representativas de la población adulta no-institucionalizada de España. Segundo, el uso de medicamentos se ha obtenido de forma autorreportada, pero dado que se refiere a los últimos 15 días, el sesgo de recuerdo es probablemente pequeño. Tercero, los datos disponibles no permitieron tener en cuenta en los análisis la presencia del dolor inespecífico. No obstante, las asociaciones encontradas fueron independientes del estado de salud percibida, variable muy correlacionada con el dolor¹. Por último, se debe tener en cuenta que los datos disponibles no discriminan el tipo de analgésicos (analgésicos-antitérmicos; analgésicos-antiinflamatorios-antitérmicos o antiinflamatorios no esteroideos; analgésicos de acción central, u opioides).

En conclusión, en el período 1993 a 2006 se ha producido un aumento sustancial del uso de analgésicos en los adultos españoles. Además del estado de salud, algunos factores socio-demográficos y de estilo de vida conforman un patrón de mayor consumo que debe considerarse en la prevención de los acontecimientos adversos asociados a estos fármacos. Por último, se recomienda que las futuras encuestas con muestras representativas de la población general de España incluyan características específicas del dolor utilizadas en estudios previos^{29,30}, como la duración (agudo y crónico), localización, intensidad, tratamiento farmacológico y no farmacológico, y eventuales efectos relacionados con el tratamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Ministerio de Sanidad y Consumo la cesión de las bases de datos de las Encuestas Nacionales de Salud. Este trabajo fue parcialmente financiado por la Fundación Grünhental.

Bibliografía

- Antonov K, Isacson D. Use of analgesics in Sweden—the importance of socio-demographic factors, physical fitness, health and health-related factors, and working conditions. *Soc Sci Med*. 1996;42:1473–81.
- Paulose-Ram R, Hirsch R, Dillon C, Gu Q. Frequent monthly use of selected non-prescription and prescription non-narcotic analgesics among U.S. adults. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2005;14:257–66.
- McBeth J, Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007;21:403–25.
- Diener HC, Schneider R, Aicher B. Per-capita consumption of analgesics: a nine-country survey over 20 years. *J Headache Pain*. 2008;9:225–31.
- Lapeyre-Mestre M, Chastan E, Louis A, Montastruc JL. Drug consumption in workers in France: a comparative study at a 10-year interval (1996 versus 1986). *J Clin Epidemiol*. 1999;52:471–8.
- Edwards RR, Almeida DM, Klick B, Haythornthwaite JA, Smith MT. Duration of sleep contributes to next-day pain report in the general population. *Pain*. 2008;137:202–7.
- Sawyer P, Bodner EV, Ritchie CS, Allman RM. Pain and pain medication use in community-dwelling older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2006;4:316–24.
- Colas Chacartegui R, Temprano Gonzalez R, Gomez Arruza C, Munoz Cacho P, Pascual Gomez J. Abuse pattern of analgesics in chronic daily headache: a study in the general population. *Rev Clin Esp*. 2005;205:583–7.
- Sandler DP, Smith JC, Weinberg CR, Buckalew Jr VM, Dennis VW, Blythe WB, et al. Analgesic use and chronic renal disease. *N Engl J Med*. 1989;320:1238–43.
- Curhan GC, Willett WC, Rosner B, Stampfer MJ. Frequency of analgesic use and risk of hypertension in younger women. *Arch Intern Med*. 2002;162:2204–8.
- Lanas A, Perez-Aisa MA, Feu F, Ponce J, Saperas E, Santolaria S, et al. A nationwide study of mortality associated with hospital admission due to severe gastrointestinal events and those associated with nonsteroidal antiinflammatory drug use. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:1685–93.
- Instituto Nacional de Estadística - Ine. Encuesta Nacional de Salud [consultado 20-10-2009]: Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0>
- Ahonen R, Enlund H, Klaukka T, Martikainen J. Consumption of analgesics and anti-inflammatory drugs in the nordic countries between 1978-1988. *Eur J Clin Pharmacol*. 1991;41:37–42.
- Mulder RT. An epidemic of depression or the medicalization of distress? *Perspect Biol Med*. 2008;51:238–50.
- Mantyselka PT, Turunen JH, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA*. 2003;290:2435–42.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10:287–333.
- Mintzes B, Barer ML, Kravitz RL, Bassett K, Lexchin J, Kazanjian A, et al. How does direct-to-consumer advertising (DTCA) affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA. *CMAJ*. 2003;169:405–12.
- Turunen JH, Mantyselka PT, Kumpusalo EA, Ahonen RS. Frequent analgesic use at population level: prevalence and patterns of use. *Pain*. 2005;115:374–81.
- Fortuny J, Silverman D, Malats N, Tardon A, Garcia-Closas R, Serra C, et al. Use of analgesics and aspirin in a Spanish multicenter study. *Gac Sanit*. 2005;19:316–20.
- Sans S, Paluzie G, Puig T, Balana L, Balaguer-Vintro II. Prevalence of drug utilization in the adult population of Catalonia, Spain. *Gac Sanit*. 2002;16:121–30.
- Hargreave M, Andersen TV, Nielsen A, Munk C, Liaw KL, Kjaer SK. Factors associated with a continuous regular analgesic use - a population-based study of more than 45,000 Danish women and men 18-45 years of age. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;19:65–74.
- Jimenez-Sanchez S, Jimenez-Garcia R, Hernandez-Barrera V, Villanueva-Martinez M, Rios-Luna A, Fernandez-de-las-Penas C. Has the prevalence of invalidating musculoskeletal pain changed over the last 15 years (1993-2006)? A Spanish population-based survey. *J Pain*. 2010;11:612–20.
- Eggen AE. The Tromso Study: frequency and predicting factors of analgesic drug use in a free-living population (12-56 years). *J Clin Epidemiol*. 1993;46:1297–304.
- Paller CJ, Campbell CM, Edwards RR, Dobs AS. Sex-based differences in pain perception and treatment. *Pain Med*. 2009;10:289–99.
- Sanfelix J, Palop V, Pereiro I, Rubio E, Gosalbes V, Martinez-Mir I. Gender influence in the quantity of drugs used in primary care. *Gac Sanit*. 2008;22:11–9.
- Saez M. Factors conditioning primary care services utilization. Empirical evidence and methodological inconsistencies. *Gac Sanit*. 2003;17:412–9.
- Ozkan O, Hamzaoglu O, Erdine S, Balta E, Domac M. Use of analgesics in adults with pain complaints: prevalence and associated factors, Turkey. *Rev Saude Publica*. 2009;43:140–6.
- Ohayon MM. Difficulty in resuming or inability to resume sleep and the links to daytime impairment: definition, prevalence and comorbidity. *J Psychiatr Res*. 2009;43:934–40.
- Bassols A, Bosch F, Campillo M, Canellas M, Banos JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*. 1999;83:9–16.
- Catala E, Reig E, Artes M, Aliaga L, Lopez JS, Segu JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*. 2002;6:133–40.