

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



“Patrones de automedicación por Migraña en pacientes atendidos en el servicio de consulta externa Centro de Salud N1 MSP de la ciudad de Ibarra en la provincia de Imbabura en el año 2018.”

**DISERTACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTOR:

Med. Patricio Cadena Erazo

DIRECTOR DE TESIS

Marcelo Placencia, MD. MPH

Quito – Ecuador

2019

Dedicatoria:

A mis hijos Valentina y Dylan quienes son mi motivación y la razón de mi existencia, a mis padres que me brindaron su apoyo incondicional y se han convertido en mi fortaleza en este duro y largo camino.

Agradecimiento:

A todos los docentes que me guiaron y apoyaron durante este proceso de formación, con una especial mención a mi director de investigación que mantuvo su apoyo y dedicación en todo momento.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRAFICOS	
RESUMEN.....	1
SUMMARY	2
CAPÍTULO I.....	3
1.1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	4
CAPÍTULO II	5
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1. PREVALENCIA Y EPIDEMIOLOGIA	5
2.2. DEFINICIÓN	6
2.3 FISIOPATOLOGÍA DE LA MIGRAÑA.....	6
2.4 CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LAS MIGRAÑAS	7
2.5 CUADRO CLÍNICO DE LA MIGRAÑA	8
2.6 MANEJO DE LA MIGRAÑA	9
2.7 AUTOMEDICACIÓN EN MIGRAÑA	13
CAPÍTULO III	15
3. METODOLOGÍA.....	15
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
3.2 HIPÓTESIS	15
3.3 OBJETIVOS.....	15
3.3.1 Objetivo general:	15
3.3.2 Objetivos específicos:	15
3.4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	16
CAPÍTULO IV	24
5. ANÁLISIS Y RESULTADOS	24
CAPÍTULO V	46
5. DISCUSIÓN.....	46
CAPÍTULO VI.....	48
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
6.1 CONCLUSIONES.....	48
6.2 RECOMENDACIONES	49
CAPÍTULO VII.....	50
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

CAPÍTULO VIII 52
8. ANEXOS 52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 *Clasificación ICHD-III versión beta*

Tabla 2 *Cuadro clínico de la Migraña*

Tabla 3 *Factores desencadenantes de la Migraña*

Tabla 4 *Tipos de crisis de Migraña*

Tabla 5 *Operacionalización de variables*

Tabla 6 *Pacientes atendidos por Migraña en Centro de Salud NI MSP 2018*

Tabla 7 *Distribución de población por sexo*

Tabla 8 *Distribución según actividad económica*

Tabla 9 *Distribución según consumo máximo de pastillas al día*

Tabla 10 *Distribución según consumo de ampollas diarias*

Tabla 11 *Distribución según intensidad de dolor y medicamento que usa*

Tabla 12 *Distribución según el tipo de medicamento que consume por día*

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 *Distribución según grupos de edad*

Gráfico 2 *Distribución según estado civil*

Gráfico 3 *Distribución según instrucción*

Gráfico 4 *Distribución según edad de diagnóstico*

Gráfico 5 *Distribución según fuente de diagnóstico*

Gráfico 6 *Distribución según porque se automedican*

Gráfico 7 *Distribución según el tipo de medicamento que consume*

Gráfico 8 *Distribución según tiempo en semanas con dolor*

Gráfico 9 *Distribución según presentación de fármaco pastilla, ampolla o ambos igual*

Gráfico 10 *Distribución según tiempo de consumo de fármacos semanales*

Gráfico 11 *Distribución según tiempo de consumo de fármacos por días*

Gráfico 12 *Distribución según medicamento que consume más por semana*

Gráfico 13 *Distribución según porque se automedica y la instrucción*

Gráfico 14 *Distribución según porque se automedica y sus ingresos mensuales*

Gráfico 15 *Distribución según porque se automedica y sexo*

RESUMEN

En este estudio se compartió algunas variables comunes con los temas de investigación de adherencia y calidad de vida de pacientes con diagnóstico de migraña.

La migraña es un cuadro clínico caracterizado por episodios repetidos de cefalea, la mayoría de cuadros más de 80% van de intensidad moderada a severa con una frecuencia y duración variable, aproximadamente dos terceras partes de estos tienen antecedentes familiares de migraña, los cuadros crónicos de migraña son los que mayor discapacidad producen estando en relación directa con la automedicación.

Objetivo: Determinar la frecuencia y patrones de automedicación en pacientes con diagnóstico de migraña; en el Centro de Salud N1 MSP de la ciudad de Ibarra 2018.

Metodología: Estudio observacional, corte transversal, descriptivo, cuantitativo ecológico.

Resultados: De 156 pacientes con diagnóstico de Migraña; 30 pacientes no cumplieron con los criterios de inclusión. Se entrevistaron 126 pacientes, el grupo etáreo de mayor incidencia está entre los 25 y 39 años representando 48.4%. En la frecuencia y patrones de automedicación 45.2% de pacientes no acudieron al médico por “*falta de tiempo*” y 25.4% “*ya sé lo que recetan*”; del total un 87.3% se automedicó mas pastillas que ampollas, de los cuales el más usado fue el paracetamol con 46.8% equivalente a 59 pacientes, en cuanto al tiempo de consumo 83 pacientes que representa 65.9% lo hizo durante una semana.

Conclusiones: La frecuencia y patrones de automedicación en migraña es elevada, la mayoría de pacientes no dispone de tiempo o ya conoce lo que recetan los médicos, el fármaco más usado fue el paracetamol.

Palabras clave: migraña, automedicación, frecuencia.

SUMMARY

In this study, some common variables were shared with the topics of adherence research and quality of life of patients diagnosed with migraine.

In this study, some common variables were shared with the topics of adherence research and quality of life of patients diagnosed with migraine.

Migraine is a clinical condition characterized by repeated episodes of headache, the majority of cases over 80% range from moderate to severe intensity with a variable frequency and duration, approximately two thirds of these have a family history of migraine, chronic cases of Migraines are the ones that produce the greatest disability while being in direct relationship with self-medication.

Objective: To determine the frequency and patterns of self-medication in patients with a diagnosis of migraine; in the N1 MSP Health Center of the city of Ibarra 2018.

Methodology: Observational cross-sectional, descriptive, quantitative ecological study.

Results: Of the 156 patients with a diagnosis of Migraine; 30 patients did not meet the inclusion criteria. 126 patients were interviewed, the age group with the highest incidence is 25 and 39 years old, representing 48.4%. In the frequency and self-medication patterns 45.2% of patients did not go to the doctor for "lack of time" and 25.4% "I know what they prescribe"; of the total 87.3% self-medicated more pills than ampoules, of which the most used was paracetamol representing 46.8% equivalent to 59 patients, in terms of the time of consumption of the drugs 83 patients representing 65.9% did so during a week.

Conclusions: The frequency and patterns of self-medication in migraine is high, most patients do not have time or already know what doctors prescribe, and the most used drug was paracetamol.

Keywords: migraine, self-medication, frequency.

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

En cuanto a las cefaleas primarias la migraña es una de las enfermedades de mayor impacto tanto en lo socioeconómico como en lo médico por lo que es reconocida como el séptimo agente de discapacidad en el mundo, esto representa altos costos anuales, en Colombia país vecino de nosotros, existen estudios donde muestran que existe una prevalencia de pacientes con migraña en un aproximado de 9.8% con mayor afectación para el sexo femenino. (Muñoz Joe, 2014)

Una de las herramientas claves para un correcto diagnóstico de migraña es la Clasificación Internacional de las Cefaleas (ISHD III); así como el elevado número de ensayos clínicos que se han llevado a cabo con fármacos para el tratamiento agudo y preventivo, es así que la migraña es la entidad clínica que más se ha beneficiado de esta clasificación. (Gonzales Carmen, 2019).

La migraña sin aura es el tipo más común pues representa aproximadamente un 75% de casos, los cuadros episódicos son aquellos que tienen una duración de menos de 15 días al mes y las crónicas más de 15 días al mes durante más de 3 meses (INFAC, 2018).

En el Ecuador no existen estudios sobre la incidencia de automedicación por Migraña pero según datos estadísticos de estudios realizados en países andinos como Perú y Colombia, la OMS estima que un 50% de pacientes con algún tipo de cefalea se automedica, por lo tanto, se creyó oportuno la realización de este estudio debido a la elevada frecuencia de automedicación por cefalea para la toma correcta y oportuna de decisiones adecuadas para el manejo en atención primaria (OMS, 2015).

Es por esto que el objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia y los patrones de automedicación en pacientes con diagnóstico de migraña; en el Centro de Salud N1 MSP de la ciudad de Ibarra en el año 2018.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la migraña como una de las enfermedades de más impacto en la calidad de vida de las personas que la sufren, en un estudio publicado por el Grupo Latinoamericano para Estudio de la Migraña, muestra una prevalencia de migraña de 14,2% en mujeres y de 5,0% en hombres, en este estudio, las prevalencias más altas de la migraña se encontraron en Brasil y fueron muy bajas en Argentina, en cuanto al servicio de salud al que acuden estos estudios indican que un 26% de pacientes con migraña acuden a medicina general, un 4.9% al especialista en neurología y un 50.9% jamás acudió a consulta médica y se automedicó (Yuri, 2008).

El propósito de este estudio es determinar la frecuencia y los patrones de automedicación en pacientes con migraña atendidos en el Centro de Salud N1 de la ciudad de Ibarra en el año 2018 para así poder realizar un manejo integral y correcto, además ayudar al personal de salud que labora en esta unidad ya que no existe mayor información publicada sobre la magnitud del problema, por lo que se hace necesario educar a la población que es atendida en esta unidad de salud acerca del uso racional de medicamentos y su consulta oportuna a personal de salud calificado.

Se espera que este estudio de investigación pueda servir como base para la realización de posteriores estudios sobre el correcto manejo de la Migraña por médicos generales o familiares en el primer nivel de atención.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

En este trabajo de investigación se revisara la definición, clasificación, diagnostico, manejo terapéutico de la migraña y su relación en cuanto a factores y patrones de automedicación de la misma.

2.1. PREVALENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA

La migraña es una patología de alta incidencia con una afectación al 15 % de la población en general y representando la mayor causa neurológica de discapacidad y de mayor prevalencia en adultos jóvenes (Gonzales, 2016) .

Un 90% de casos de los cuadros de dolores de cabeza son cefalea tensional, migraña y cefalea en racimos, siendo la migraña el diagnóstico más común en atención primaria de salud. (Zahid H Bajwa, 2018).

La mayoría de estudios indica una prevalencia mayor en personas de 25 años a 55 años (Elsevier, 2018) , la migraña predomina más en mujeres en comparación con los hombres, tienen una prevalencia de migraña al año casi tres veces mayor. Algunos estudios han sugerido que entre el 3 y 14% de las personas evolucionan a migraña crónica y se han convertido en importantes causas de incapacidad y ausencia laboral, lo que representa una pérdida total de un día laboral activo por mes, afectando sus relaciones sociales, familiares además de actividades laborales, lo que genera así un detrimento en su calidad de diario vivir. (Gomez Otalvaro Maria, 2015).

2.2. DEFINICIÓN

La migraña es un trastorno neurológico que se caracteriza por presentar crisis episódicas y recurrentes que se acompañan de cefalea e hipersensibilidad a estímulos externos sean estos visuales, auditivos, olfatorios, cutáneos, además de otros síntomas acompañantes como náusea y vómito ((IACS), 2016). El dolor de cabeza en la migraña es a menudo unilateral y de tipo pulsátil.

2.3 FISIOPATOLOGÍA DE LA MIGRAÑA

La fisiopatología de la migraña sigue siendo aún un tema de discusión y controversia pues no se ha definido cuál es el mecanismo exacto que pueda explicar la totalidad de eventos que causan dolor, el aura y la cascada de eventos subsiguientes, se debe tomar en cuenta diversos factores de riesgo y ciertos agravantes como ser mujer, baja condición socioeconómica, antecedente de trauma craneoencefálico, problemas del sueño, consumo de cafeína, abuso de analgésicos y obesidad , esta última que aumenta en 5 veces el riesgo de sufrir migraña (Benavides David, 2015).

Dentro de los mecanismos fisiopatológicos se encuentra la depresión cortical propagada que produce despolarización neuronal y glial activando aferentes del nervio trigémino y alteración de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, al igual el sistema trigeminovascular produce estimulación del ganglio trigémino y liberación de neuropéptidos vasoactivos, produciendo inflamación neurogénica a través de vasodilatación y extravasación de proteínas plasmáticas (Cutrer, 2018) .

FASES DE LA MIGRAÑA

Está claro que la migraña o cuadro migrañoso tiene 2 fases, que son la primera o intercrítica y por segunda la fase crítica en la cual aparecen todos los signos y síntomas característicos, en la

primera fase se observa ya en el paciente cambios en su actitud al estar tenso, rígido y perfeccionista, en el cuadro crítico encontramos los estados prodrómico, agudo y resolutivo que puede prolongarse incluso durante días, por un lado, la ingesta de ciertos tipos de alimentos que contengan tiramina en grandes cantidades como el chocolate, la vainilla, el plátano, el vino tinto, así como el queso añejo además de ciertos estímulos sensitivos de diversa índole capaces de desencadenar disparos neuronales en algunas de las capas de la corteza cerebral, como sucede con los destellos luminosos intensos y repetitivos, los movimientos bruscos de la cabeza y los cambios repentinos en la presión barométrica (UNAM, 2012).

2.4 CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LAS MIGRAÑAS

El diagnóstico de la migraña se va a basar en una correcta historia clínica y en una adecuada exploración física, no está indicado la realización de estudios complementarios en la mayoría de casos a menos que sean necesarios para descartar algún cuadro en particular, por lo que es estricto para cumplir un diagnóstico oportuno y correcto de migraña el cumplimiento de los criterios que se detallan a continuación (Fernández, 2014), es así que las clasificaciones son las herramientas claves desde lo epidemiológico, fisiopatológico y terapéutico, por todo esto se realizó la última clasificación a través de la tercera versión ICHD-III versión beta (Visens, 2014)

Tabla 1.- Clasificación ICHD-III versión beta

COD	DIAGNÓSTICO
1.	Migraña
1.1	Migraña sin aura
1.2	Migraña con aura
1.3	Migraña crónica
1.4	Complicaciones de la Migraña
1.5	Migraña probable
1.6	Síndromes episódicos que pueden asociarse con migraña

Fuente: Visens, L. (2014). Actualización en la prevención y tratamiento de la migraña.

A continuación daremos a conocer los criterios diagnósticos de los principales tipos de migraña que observamos en primer nivel de atención.

MIGRAÑA SIN AURA: Deberá cumplir al menos 5 crisis acompañados de una cefalea por 4 a 72h unilateral, pulsátil de moderada a severa intensidad que empeora las actividades diarias y que se acompaña de náusea, vómitos, foto y fonofobia. (IHS, 2013)

MIGRAÑA CON AURA: Conocida también como migraña clásica, debe cumplir al menos 2 crisis y acompañarse de otros síntomas sean estos visuales, sensitivos, alteración del lenguaje o habla, motores, retinianos o troncoencefalicos, y debe acompañarse de síntomas de aura mayor de 5 minutos de localización unilateral (IHS, 2013)

MIGRAÑA CRONICA: Cuadros de dolor de cabeza de 15 días o más por mes durante más de 3 meses, tipo tensional, unilateral, pulsátil, de modera a severa intensidad con alteración de la actividad física de rutina y con acompañantes como náusea, vómito, foto o fonofobia que alivia con el uso de fármacos como triptanos o ergotaminas. (Garza Ivan M. T., 2018) .

2.5 CUADRO CLINICO DE LA MIGRAÑA

La migraña como ya se dijo es un tipo de cefalea primaria y por consiguiente tiene las características clínicas del grupo, además de otros rasgos clínicos distintivos propios por ello es importante distinguir las características clínicas de los síndromes migrañosos para un correcto diagnóstico y un manejo adecuado y oportuno (Lipton Richard, 2016)

Tabla 2.- Cuadro Clínico de la Migraña

SINTOMA	MIGRAÑA
Ubicación	Adultos: Unilateral en 60 a 70%, bifrontal o global en 30%. Niños y adolescentes: bilaterales en mayoría
Características	De inicio gradual, patrón de crescendo; pulsante intensidad moderada o severa; agravado por la actividad física de rutina.
Apariencia del paciente	El paciente prefiere descansar en una habitación oscura y tranquila.
Duración	4 a 72 horas
Sintomas asociados	Náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia; puede tener aura (generalmente visual, pero puede involucrar otros sentidos o causar deficiencias motrices o del habla)

Fuente: Hope O'Brien, M. F. (2019). Clasificación de la Migraña. *UptoDate*.

2.6 MANEJO DE LA MIGRAÑA

El primer paso en el tratamiento de la migraña es la explicación comprensible del proceso al paciente, siendo de gran importancia explicarle que la migraña es una enfermedad recurrente y episódica que no tiene cura pero que, en general, puede controlarse para permitir una aceptable calidad de vida, y clarificar las diferencias entre el tratamiento de la crisis aguda y el tratamiento preventivo, siendo de vital importancia la identificación de posibles factores desencadenantes de las crisis (Ezpeleta David, 2015).

Tabla 3.- Factores desencadenantes de la Migraña

Psicológicos	Estrés, periodo postestrés, ansiedad, depresión.
Hormonales	(Pre) menstruación, ovulación, anovulatorios.
Alimentarios	Alcohol, chocolate, quesos, ayuno, comidas ricas en nitritos, glutamato monosódico, aspartamo, exceso o abstinencia de cafeína.
Ambientales	Estímulos visuales, olores, cambios atmosféricos, altitud elevada.
Sueño	Exceso o déficit de sueño.
Fármacos	Nitroglicerina, reserpina, estrógenos
Otros	Trauma craneal, ejercicio físico, fatiga, cervicalgia, falta de ejercicio.

Fuente: Ezpeleta David, P. R. (2015). Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología.

En cuanto al manejo se debe tener en cuenta que las propiedades farmacológicas, los posibles efectos adversos, el costo y las vías de administración varían ampliamente, lo que permite que la terapia se individualice según el patrón y la gravedad de los ataques, teniendo varios principios de tratamiento, que incluyen tomar medicamentos temprano en un ataque y usar un enfoque de tratamiento estratificado, pudiendo así garantizar que el tratamiento sea beneficioso (Mayans Laura, 2018).

En cuanto al tratamiento sintomático el inicial es el uso de paracetamol o AINES y dependiendo del grado de mejoría se puede manejar desde los triptanes , antieméticos o ergotaminas siendo este tipo de fármacos los de menor uso , en cuanto al tratamiento abortivo se obtendrá más efecto si se administra temprano en el curso del sufrimiento de dolor de cabeza; hay que tomar en cuenta que una dosis única alta y correcta trae mejores resultados que dosis pequeñas, se debe tomar muy en cuenta que gran cantidad de agentes orales son de muy bajo efecto debido

a la mala absorción secundaria está a estasis gástrica que es inducida por la migraña (Zahid H Bajwa, 2018).

Si las náuseas impiden el uso de medicación oral, podemos contar con aerosoles nasales, preparados inyectables y supositorios. En las personas con migrañas frecuentes es necesario en ocasiones un tratamiento profiláctico. Se han usado con eficacia antiepilépticos (ácido valproico), antidepresivos (amitriptilina), β -bloqueantes (propranolol), antagonistas del calcio (verapamilo), AINEs y antagonistas de la serotonina (metisergida), en pacientes que sufren estado migrañoso (mayor de 72 h), está indicado el uso de corticoesteroides o barbitúricos. En 2010, la FDA aprobó el uso de toxina botulínica para prevenir las cefaleas en pacientes adultos con migraña crónica, que consiste en la administración de múltiples inyecciones en cabeza y cuello cada 12 semanas (Stephen E. Nicolson, 2018).

En general el paciente debe recibir un abordaje integral para su correcto manejo logrando que este tenga un conocimiento acertado de los factores desencadenantes así como el riesgo por el abuso de medicamentos y la importancia de llevar un tratamiento preventivo, para esto debemos tener en cuenta el tipo de crisis por la que el paciente este cruzando (Law S, 2016).

Tabla 4.- Tipos de crisis de Migraña.

Crisis Leve	Crisis Moderada	Crisis Severa	Tratamiento Preventivo
No interfieren en la vida diaria, no se asocian con náuseas o vómitos severas	Si los ataques de migraña no están asociados a vómitos o náuseas severas los fármacos de elección son los triptanes orales o la combinación de sumatriptán con naproxeno , además de ergotaminicos	En estas ocasiones los fármacos requieren una vía parenteral.	Aproximadamente 25% de pacientes necesitan tratamiento preventivo y solo lo reciben el 5%, se indica betabloqueantes, bloqueadores de canales de calcio, anticonvulsionantes, antidepresivos, IECA.
Paracetamol 1gr ASA 500 – 1000mg Ibuprofeno 400 – 1200mg Diclofenaco 50 - 100mg VO O 75 mg – 150mg IM	Sumatriptan 50-100mg VO 10-20mg Nasal 6mg SC Ergotamina VO o rectal	Sumatriptán 6 mg SC Metoclopramida 10 mg IV Dexametasona 10-25 IM	Propranolol 40 mg c12h Flunarizina 5-10mg c24h Ácido Valproico 300-600mg Amitriptilina 20-50mg pm Lisinopril 5-10mg

Fuente: Becker, W. (2015). Tratamiento de la Migraña Aguda en adultos. Dolor de Cabeza.

2.7 AUTOMEDICACIÓN EN MIGRAÑA

La Automedicación es definida como el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o consejo de otra persona sin consulta a un médico, la automedicación responsable forma parte de las actividades diarias del autocuidado de la salud, higiene, nutrición y el estilo de vida de cada persona (Baos, 2000) .

Para la OPS , una automedicación responsable está basada en el uso de productos de origen farmacéutico, medicamentos o especies medicinales que no requieren autorización médica para su administración siendo usados por los consumidores bajo su propia responsabilidad e iniciativa, sean para prevenir , aliviar o tratar los síntomas o enfermedades (OPS, 2010).

En la automedicación responsable, el usuario tratara sus dolencias con medicamentos de venta libre aprobados por las respectivas autoridades de venta sin prescripción que sean seguros y eficaces de actividad legal y de beneficio para la población. (Baos, 2000)

En el año de 1986, la Oficina Regional Europea de la OMS publicó una serie de directrices a modo de un compendio útil y breve de las características que debe poseer un medicamento para su empleo en automedicación responsable (World Health Organization Office for Europe, 1986)

En la actualidad la automedicación debe ser entendida como la voluntad y capacidad del paciente para participar de manera inteligente y autónoma en las decisiones y gestión de todo tipo de actividades para la prevención, diagnóstico y manejo (Laporte, 1998)

Hay que tomar en cuenta que al momento nuestra sociedad se ha vuelto altamente dependiente de los servicios de salud , y en la atención primaria gran parte de los pacientes acuden por patologías susceptibles para realizar un correcto autocuidado y por ende un adecuado manejo de la automedicación (Baos, 2000).

Los pacientes que padecen de migraña y cefalea tensional no siempre han recibido una correcta valoración clínica y terapéutica que les haga comprender y tratar su enfermedad, es por eso que ante esto y a la falta de opciones eficaces que ha recibido habitualmente del sistema de servicio de salud , ha optado por el uso indiscriminado y desordenado de diferentes tipos de analgésicos, con o sin receta, para paliar en lo posible sus síntomas, este panorama negativo, pero habitual, ha desencadenado la existencia de un número importante de pacientes con cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos, independientemente de que la causa inicial de la cefalea sea la evolución de su migraña o el resultado de episodios muy frecuentes de cefalea tensional. El consumo de analgésicos en automedicación constituye un factor importante en la definición del problema, sobre todo con los preparados que combinan alcaloides de ergotamina y cafeína con o sin analgésicos a dosis bajas, así como la utilización de dosis inadecuadas de los analgésicos simples debido a esto que lo esencial y clave es modificar esta situación con medidas de intervención y formación para corregir estos riesgos (Garza Ivan, 2018) .

La automedicación está en alta relación con el aumento de reacciones adversas a fármacos así como interacciones con medicamentos , aumento en el costo del servicio de salud, mayores complicaciones y por ende disminución de la eficacia del tratamiento, todos estos efectos negativos se ven elevados en lugares donde es más fácil la automedicación más por malas condiciones sociodemográficas (Rodriguez, 2012).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

No existen estudios en Ecuador sobre los patrones de automedicación en pacientes con migraña. Es por ello que sería de interés preguntarnos, ¿cuál es la prevalencia de automedicación de pacientes con migraña en Imbabura?, ¿cuáles son los factores que se relacionan con la automedicación en estos pacientes?

3.2 HIPÓTESIS

Este trabajo no requiere hipótesis estadística por ser de un tipo transversal y ecológico.

3.3 OBJETIVOS

3.3.1 Objetivo general:

- Determinar la frecuencia y patrones de automedicación en pacientes con diagnóstico de migraña; en el Centro de Salud N1 MSP de la ciudad de Ibarra 2018.

3.3.2 Objetivos específicos:

- Describir porcentaje de pacientes con migraña que se automedican por esta enfermedad.
- Identificar patrones de automedicación en estos pacientes.
- Identificar los factores que se asocian a la automedicación en estos pacientes.

3.4. MATERIALES Y MÉTODOS

- i. **Diseño de estudio:** Estudio observacional de corte transversal, descriptivo, cuantitativo ecológico en pacientes con diagnóstico de migraña.
- ii. **Población seleccionada:** En el año 2018 fueron atendidos 156 pacientes con diagnóstico de migraña de los cuales 30 fueron menores de edad y se excluyeron del estudio debido a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión; por lo que la investigación se realizó en 126 pacientes del Centro de Salud N°1 MSP de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.

a) Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Migraña no especificada código CIE 10 G439 registrado en el sistema RDACAA 2018
- Edad mayor de 18 años y dispuestos a participar en el estudio, según consentimiento informado Anexo1.

b) Criterios de Exclusión:

- Mujeres en estado de gestación

iii. Operacionalización de Variables

Variable dependiente

Automedicación

Variable independiente

Migraña

Variables de confusión

- Edad

- Sexo
- Estado civil
- Nivel socioeconómico
- Tipo de Migraña
- Fuente de diagnóstico
- Edad de diagnóstico
- Fuente de la prescripción
- Intensidad del dolor
- Numero de medicamentos que utiliza para el dolor
- Tipo de medicamentos que utiliza para el dolor

Tabla 5.- Operacionalización de Variables

NOMBRE	CONCEPTO (definición conceptual)	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	MEDIDA
Edad	Número de años cumplidos al momento de realizar a entrevista	EDAD CRONOLOGICA	Cuantitativa	Años cumplidos simples mayor de 18 años
Sexo	Características fenotípicas	femenino / masculino	Cualitativa categórica	1= femenino 2= masculino
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal	-----	Cualitativa nominal	1= soltero, 2= casado, 3= divorciado 4= unión libre 5= viudo
Condición Socioeconómica	Característica que clasifica a la población en grupos sociales.	Economía	Cualitativa	1= < smv,2=smv, 3=>smv
		Vivienda	Cualitativa	1= arrendada,2= propia 3= prestada
		Ocupación	Cualitativa	1= desocupacion,2= tiempo completo,3= tiempo parcial
		Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	1=analfabeto, 2=primaria completa, 3=primaria incompleta, 4=secundaria completa, 5= secundaria incompleta, 6= superior
		Actividad económica	Cualitativa	Descripción de la actividad
Fuente de diagnostico	Origen de juicio clínico	.....	Cualitativa	1=Diagnostico primer nivel de atención
				2=Referencia hospital de segundo nivel
				3=Especialista privado
				4=No se sabe

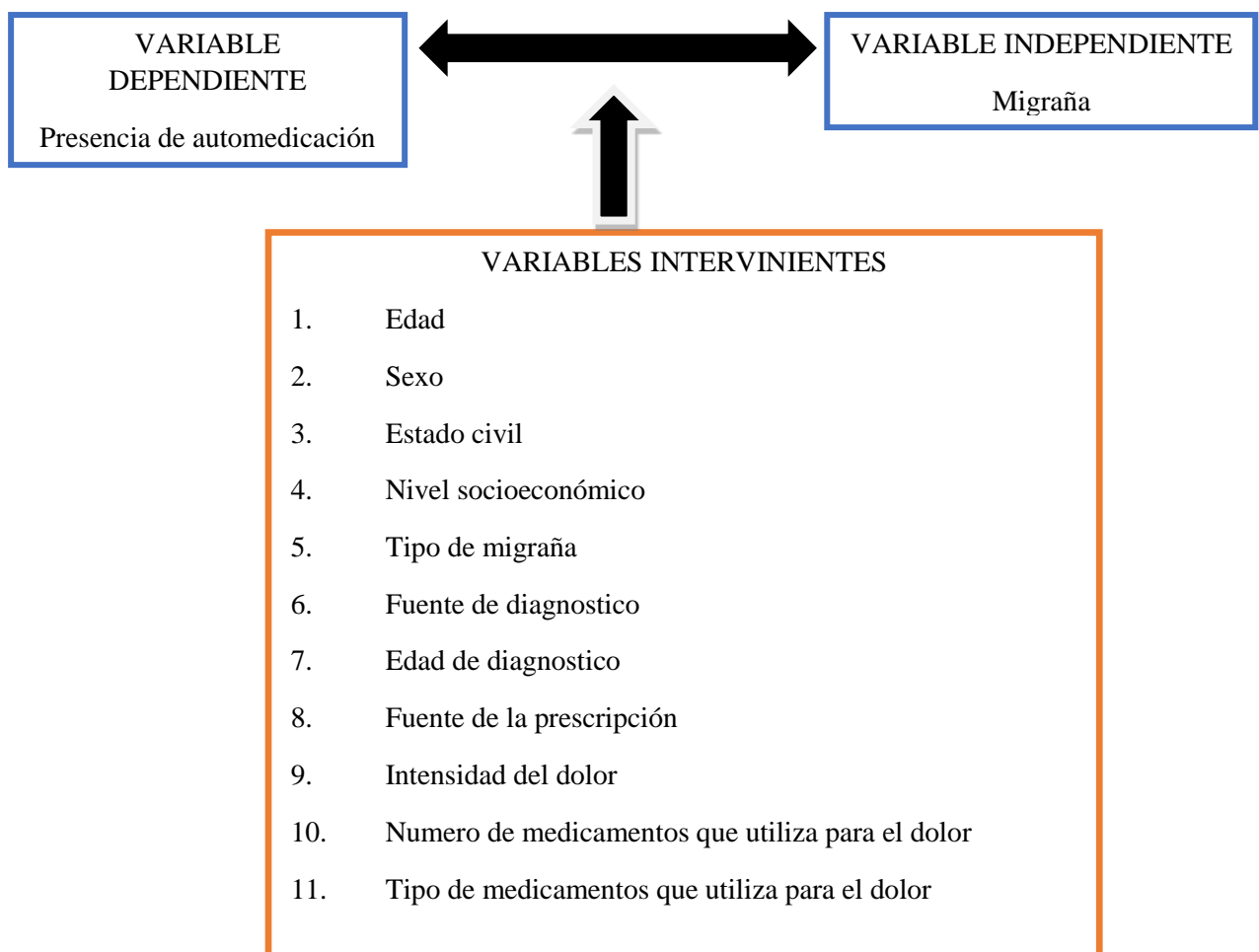
Edad de diagnostico	Tiempo en el que el personal de salud determina la patología	.....	Cualitativa	Años simples
Fuente de la prescripción	Personal que indica o recomienda el tratamiento	.....	Cualitativa	1=Automedicación
				2=Prescrito por boticario
				3=Prescripción medica
Intensidad del dolor	Grado de percepción de dolor	.....	Cualitativa	1=leve
				2=moderado
				3=severo
Numero de medicamentos que utiliza para el dolor	Cantidad de medicamentos que suele utilizar para aliviar la crisis de migraña	.....	Cualitativa	1=uno
				2=dos
				3=más de dos
Presencia de Automedicacion	Uso de medicamentos para el alivio de dolor que no son prescritos por un médico	.....	Cuantitativa	1=si 2=no
Patrón de automedicación	Variable compuesta que indica la cantidad de días al mes que se automedica, la cantidad de medicamentos que utiliza y los medicamentos utilizados	Número de días por mes que utiliza medicamentos no indicados por medico	Cuantitativa	1=0-5
				2=6 a 10
				3=Mas 10

		Tipo de medicamentos usados	Cuantitativa	<p>1=Uso de analgésicos o AINE menos de 10 días por mes.</p> <p>2=Uso de analgésicos simples o AINE 10 días o más por mes.</p> <p>3=Uso de analgésicos combinados o de opioides menos de 10 días por mes.</p> <p>4=Uso de analgésicos combinados o de opioides 10 días o más por mes.</p> <p>5=Otros amitriptilina.ergotamina-sumatriptan</p>
--	--	--------------------------------	--------------	---

Elaborado por: Cadena Patricio

iv. Diagrama relación de Variables

En el presente diagrama se muestra la relación de las variables dependientes, independientes e intervinientes por ser un estudio de investigación observacional de corte transversal, descriptivo, cuantitativo, en el cual el problema y los objetivos no responden a la búsqueda o hipótesis explicativa o predictiva, no hay realmente una relación de causalidad como es entre variable independiente y dependiente, lo cual si sucede en los experimentos u otros de causalidad por lo cual no es aplicable estrictamente categorizar así nuestras variables. Se lo realiza en búsqueda de encontrar la correlación existente entre las variables de los objetivos planteados en cuanto a la automedicación y las condiciones sociodemográficas como factores de riesgo.



v. Recolección de Datos

- Los propios investigadores recolectaron los datos persona a persona, considerando que la presente investigación está vinculada con los trabajos de adherencia y calidad de vida en la misma población.
- Se elaboró un cuestionario con variables acorde a la matriz que es pre codificado. Toda esta información se la obtuvo mediante la realización de este al paciente, en entrevista personal del investigador. (Ver anexo 2) El cuestionario para la recolección de la información es tomado de un estudio realizado en la ciudad de Lima, Perú, “Frecuencia y características de la automedicación en pacientes con cefalea en atención primaria, 2015” de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, con las respectivas modificaciones en base a las variables del tema de nuestra investigación.
- Los datos fueron digitalizados en una base de Datos Excel, y con ello se procede a la depuración de los mismos, procesamiento y análisis descriptivo en SPSS con la directa colaboración de nuestro tutor metodológico Marcelo Placencia, MD, MPH de donde se exportará un paquete estadístico para otros análisis.
- Contribuciones de los autores: los doctores Cadena, Caicedo, Jhayya, Meneses, Tarambis y Marcelo Placencia, MD, MPH. Tutor metodológico tuvieron acceso total a todos los datos del estudio y se responsabilizaron de la adquisición e integridad de los mismos y la precisión del análisis de los datos.
- Análisis o interpretación de datos: Cadena P, y Marcelo Placencia, MD, MPH. Tutor metodológico.
- Redacción del manuscrito: el autor.

- Revisión crítica del manuscrito para contenido intelectual importante: Marcelo Placencia, MD, MPH. Tutor metodológico

vi. Aspectos Bioéticos

En el presente estudio se recolectará datos de los pacientes adultos con diagnóstico de migraña, en el servicio de consulta externa del CS °1 del MSP-Imbabura, en el período 2018, utilizando una encuesta confidencial, obtenida de forma directa con el paciente con el debido consentimiento informado (Se explicará a los participantes la finalidad de la presente encuesta, aclarando las interrogantes que pudieran surgir y garantizando la posibilidad de seguir o retirarse del estudio según lo prefiera). Los datos serán registrados en 2 tipos de instrumentos el primero confidencial con la información sensible de la persona Anexo 3 y el segundo con la información del cuestionario de recolección de datos. Esta información y los medios digitales en los que se conserve (disco duro externo) serán custodiados por los investigadores, tesisistas de la presente titulación y director metodológico.

CAPÍTULO IV

5. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Se realizó estadística descriptiva univariada, de variables cuantitativas; y para las variables cualitativas de frecuencia relativa se realizó estadística bivariada con tablas de contingencia, se estableció los patrones de automedicación de tipo global y específico de acuerdo a las variables moderadoras (ver diagrama). El presente análisis se realizó con la colaboración del tutor metodológico Marcelo Placencia, MD, MPH

Total Pacientes atendidos con migraña en el servicio de consulta externa Centro de Salud N° 1 MSP de la ciudad de Ibarra en la provincia de Imbabura en el año 2018.

Tabla 6.- *Pacientes atendidos con migraña en el Centro de Salud N° 1 MSP. 2018*

Pacientes atendidos	Frec	%
Incluidos	126	81%
Excluidos	30	19%
Total	156	100%

Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

Durante el año 2018 en el servicio de consulta externa del Centro de Salud N° 1 MSP de la ciudad de Ibarra en la provincia de Imbabura en el año 2018 se atendieron a 156 personas, de las cuales se seleccionó a 126 pacientes. Se excluyó a 30 personas (19% de la población total) por no reunir las características necesarias para el presente estudio, las cuales ya fueron descritas anteriormente.

Tabla 7.- Distribución de la población por sexo

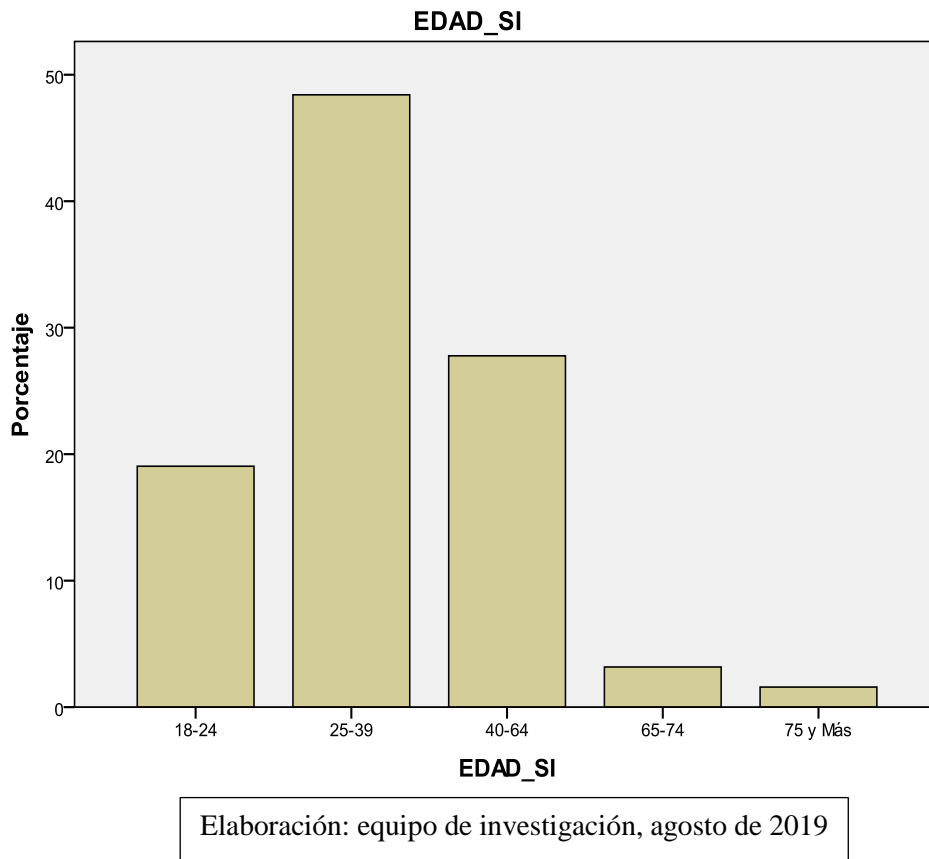
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	HOMBRE	23	18,3
	MUJER	103	81,7
	Total	126	100,0

Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

Se observa que la mayoría de los pacientes que fueron atendidos con migraña en el servicio de consulta externa Centro de Salud N° 1 MSP de la ciudad de Ibarra fueron personas de sexo femenino.

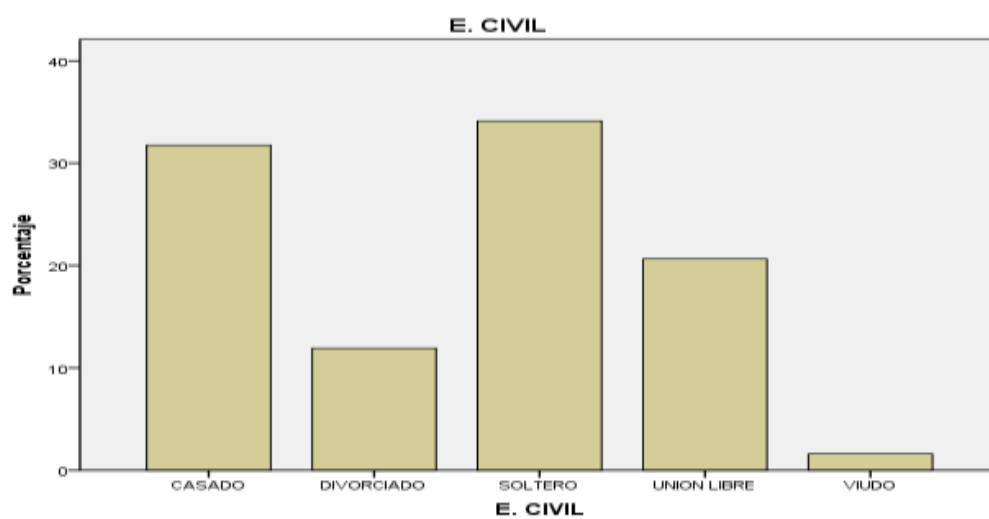
Gráfico 1.- Distribución según grupos de edad



Análisis.

El mayor porcentaje de personas con Migraña se encuentran en el rango de edad de entre 25 a 39 años que representa un 48.4%; seguido de 27.8% de pacientes entre los 40 y 64 años de edad.

Gráfico 2.- Distribución según el Estado Civil

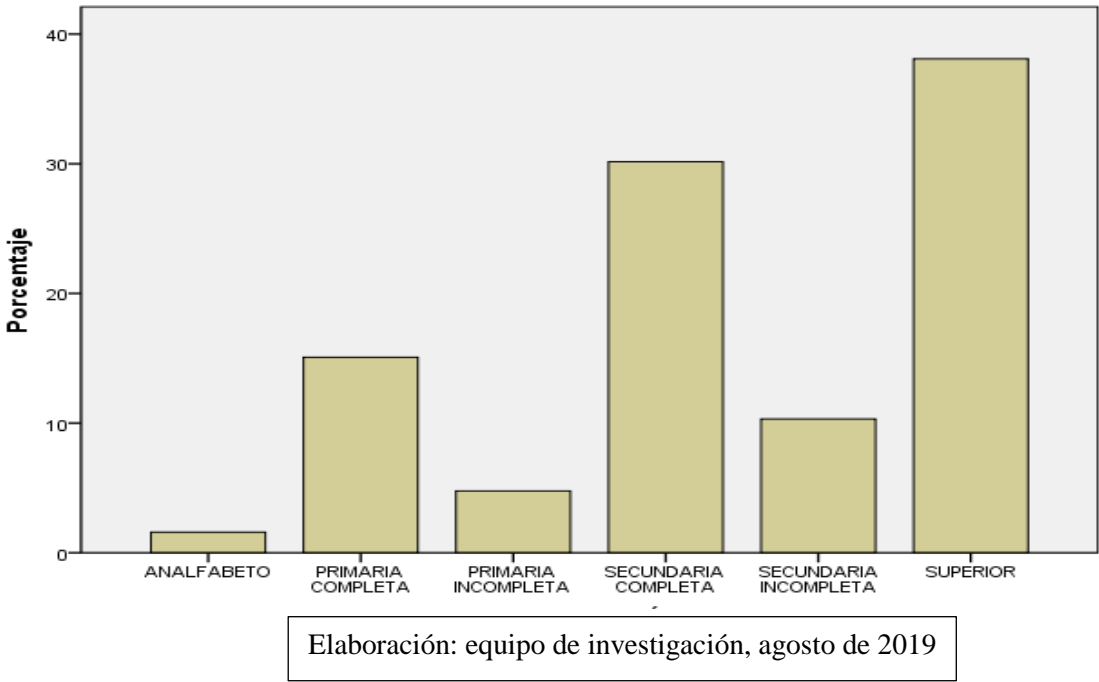


Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

Los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa que sufren de migraña en su mayoría son solteros, en menor porcentaje los casados, la quinta parte viven en unión libre. Se aprecia que existe un bajo porcentaje de personas con migraña que son divorciados o viudos.

Gráfico 3.- Distribución según la Instrucción



Análisis.

Se observa un alto porcentaje de pacientes con migraña que tienen estudios superiores que representan un 38.1% de la población, y personas con secundaria un porcentaje de 40.5.

Tabla 8.- Distribución según actividad económica

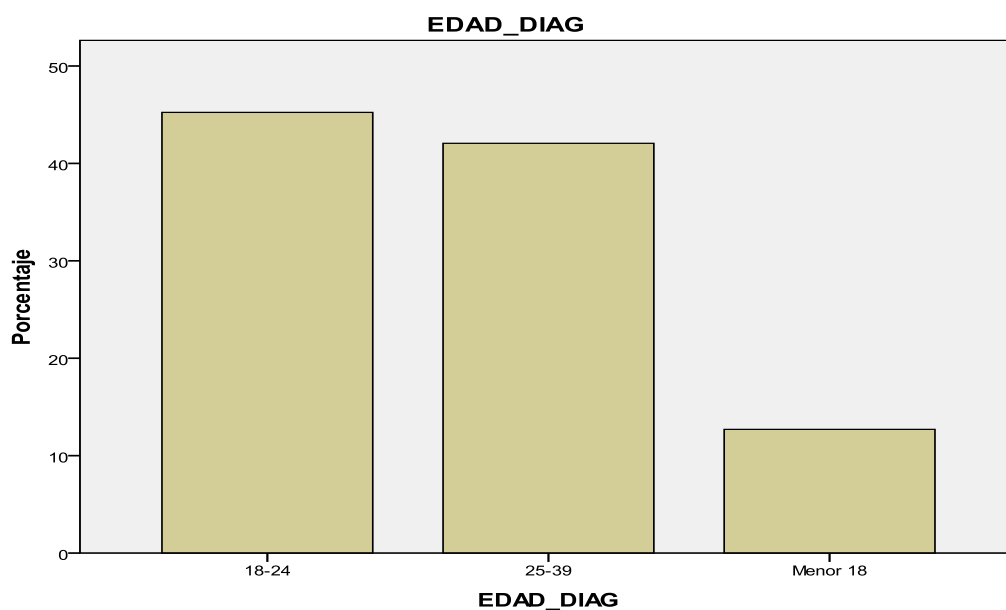
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	COMERCIO	37	29,4
	ESTUDIANTE	8	6,3
	NINGUNA	12	9,5
	PROFESIONAL	22	17,5
	SERVICIOS	47	37,3
	Total	126	100,0

Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

Se observó que la mayoría de pacientes atendidos con migraña prestan algún tipo de servicio sean empleados públicos o privados, amas de casa, guardias, chofer, mesera, etc. En menor cantidad los que se dedican al comercio como son comerciantes, vendedoras, panadería, agricultores, etc. También acudieron profesionales como profesoras, ingenieros, etc. Por ultimo acudieron los estudiantes y los que no tienen ninguna actividad económica.

Gráfico 4.- Distribución según edad de diagnóstico

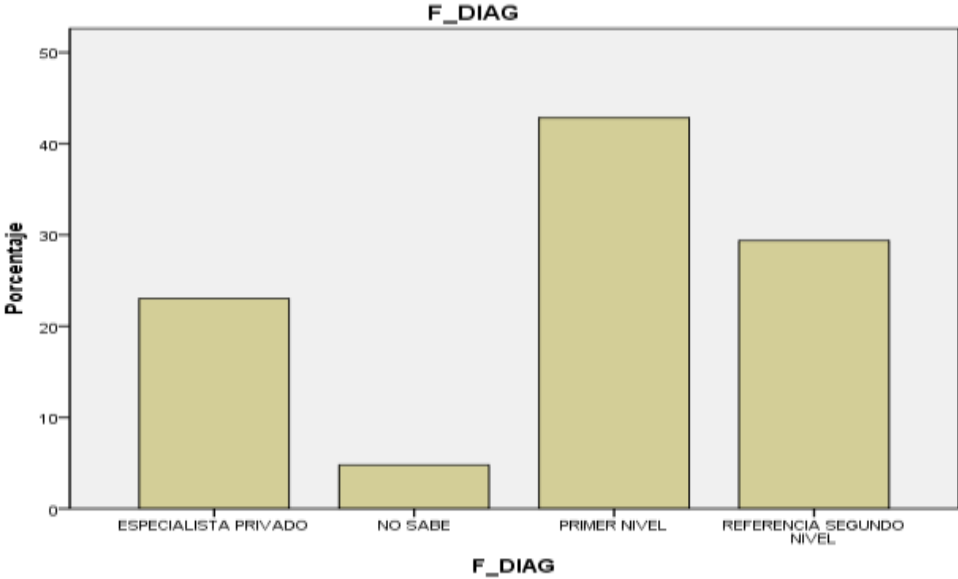


Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

Encontramos que la edad mínima de diagnóstico fue a los 8 años y la edad máxima 38 años, con una mediana de 23, el 45.2% fue diagnosticado al rango de edad entre 18 y 24 años y 42.1% entre los 25 y 39 años.

Gráfico 5.- Distribución según fuente de diagnóstico

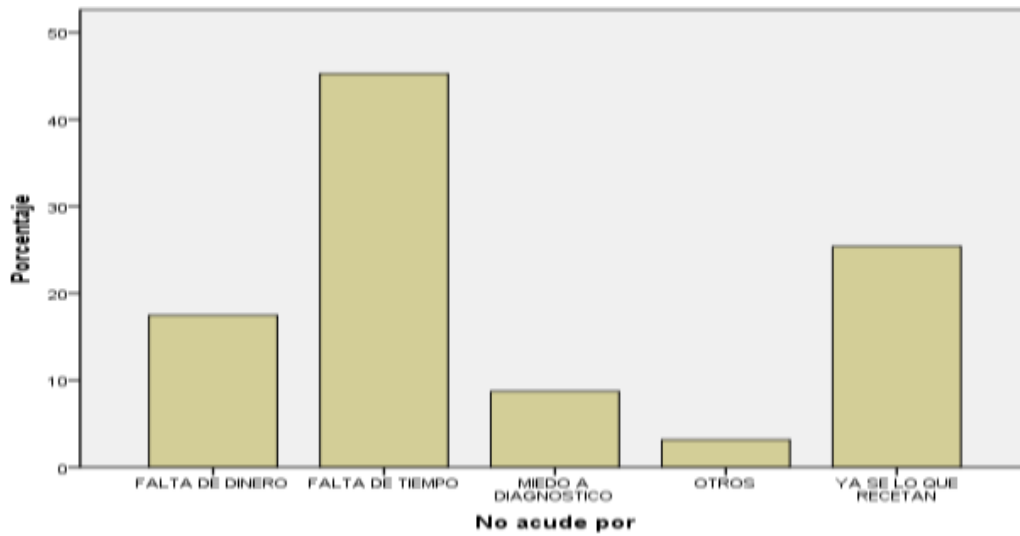


Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

Se demuestra que el 52.4% del diagnóstico fue realizado por un especialista público o privado y el 42.9% en el primer nivel.

Gráfico 6.- *Distribución de pacientes porque se automedican*

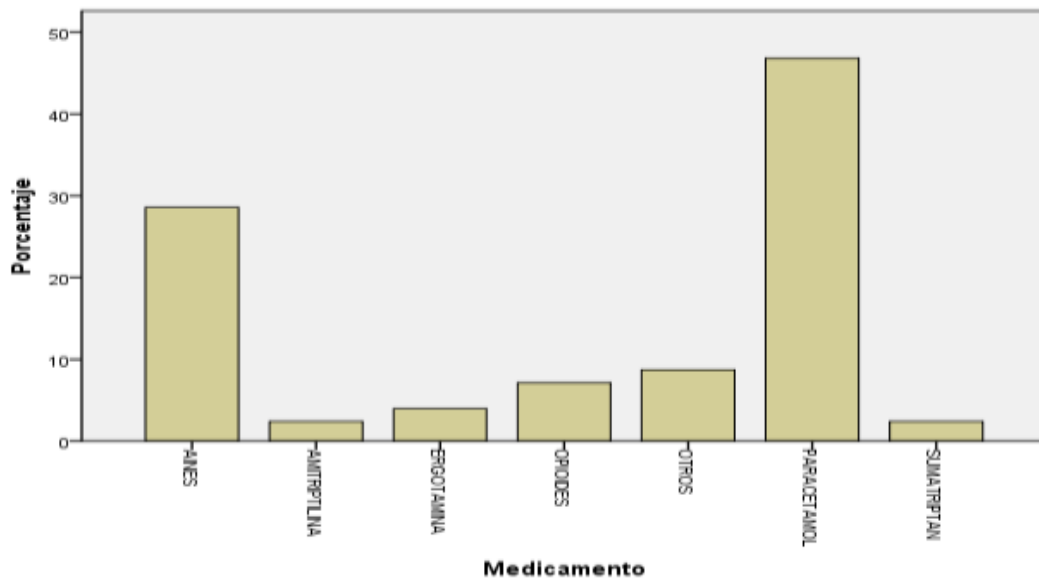


Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

De pacientes que se automedican 57 lo hacen por falta de tiempo para acudir a un servidor de salud representando un 45.2%, le sigue en incidencia el ya saber lo que recetan los médicos equivalente a 32 pacientes siendo un 25.4% del total.

Gráfico 7.- Distribución según el tipo de medicamento que más consume



Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

El medicamento de mayor consumo en la automedicación fue el paracetamol ya que 59 pacientes sujetos de estudio lo hacían, de los otros fármacos aparecen los AINES con 36 casos equivalente a un 28.6%, el resto de medicamentos son usados en menor porcentaje.

Gráfico 8.- *Distribución según tiempo en semanas con dolor*

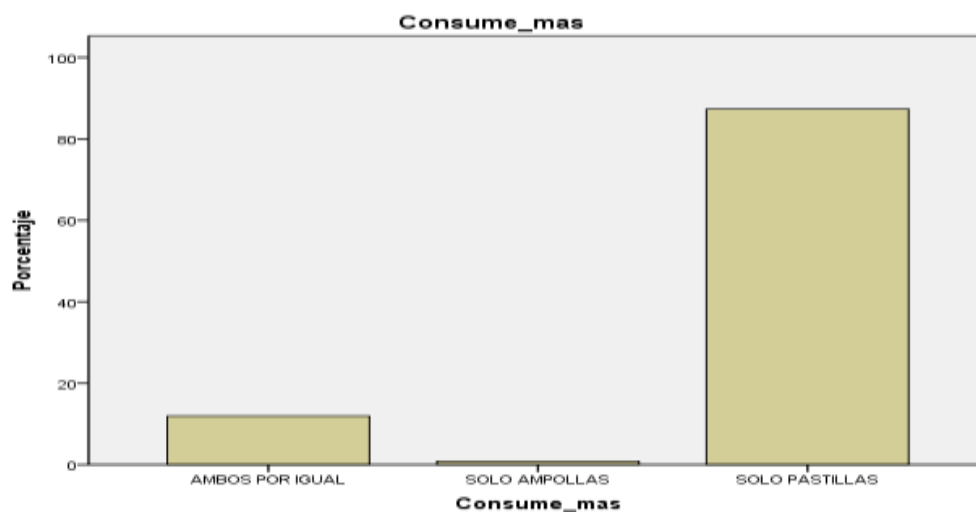


Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

Se observa que la mayoría de los pacientes que sufren de migraña han tenido el dolor durante una semana representando a 67 casos que equivale a un 53.2%. En menor porcentaje 31% hay pacientes que han tenido dolor durante dos semanas.

Gráfico 9.- Distribución según presentación de fármaco: pastillas, ampollas o ambos por igual.

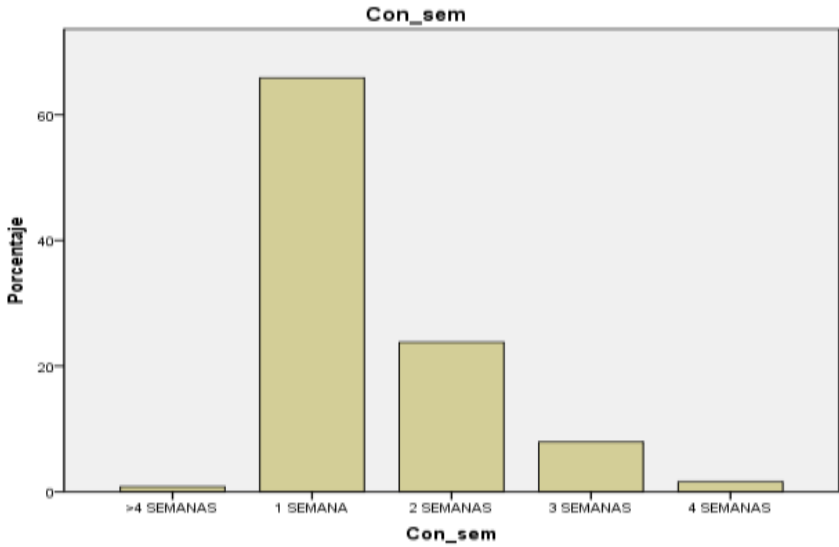


Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

La mayoría de los pacientes se automedican solo pastillas siendo 110 casos equivalente a un 87.3%, es por eso que vemos bajos porcentajes al consumo de pastillas y ampollas a la vez, con 11.9% y apenas un paciente indico haber usado como línea terapéutica solo ampollas para calmar su dolor, representando un 0.8%.

Gráfico 10.- *Distribución según tiempo de consumo de fármacos semanales*

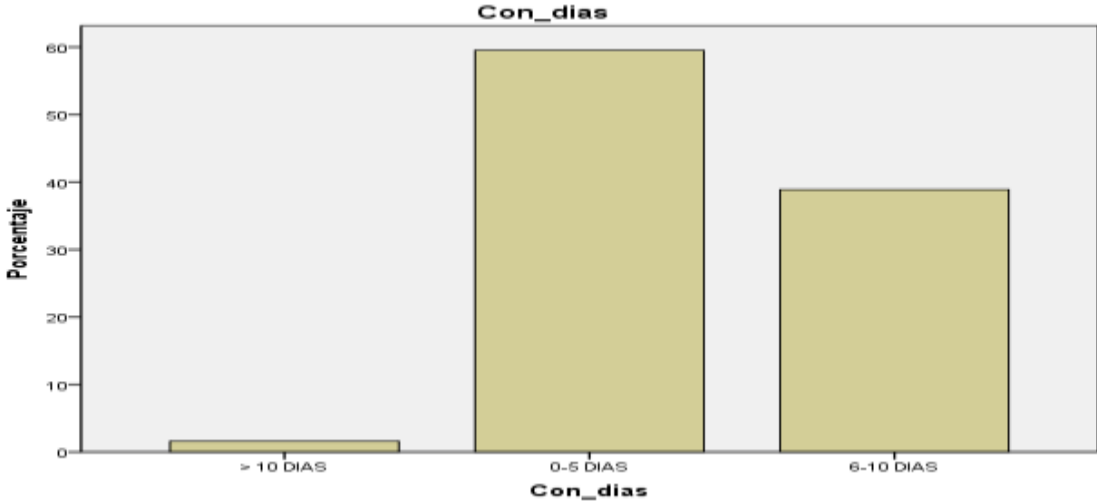


Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

La mayoría que se automedica lo hace durante una sola semana que representa 65.9% y en numero 83 pacientes; en cuanto al resto de tiempo en semanas los porcentajes son bajos en relación con el consumo de fármacos en una semana.

Gráfico 11.- Distribución según tiempo de consumo de fármacos por días



Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

Los pacientes en su gran mayoría consumen menos de cinco días los fármacos siendo un 59.5% equivalente a 75 casos; en menor porcentaje un 38.9% consumen de 6 a 10 días; y solo dos personas lo hacen por más de 10 días.

Tabla 9.- Distribución según consumo máximo de pastillas al día

		Frecuencia	Porcentaje			Max_pas_dia
Válidos	1	13	10,3	N	Válidos	126
	2	39	31,0		Perdidos	0
	3	37	29,4	Media		2,98
	4	23	18,3	Mediana		3,00
	5	5	4,0	Moda		2
	6	8	6,3	Desv. típ.		1,359
	8	1	,8	Varianza		1,847
	Total	126	100,0	Rango		7
				Mínimo		1
			Máximo		8	
			Suma		375	

Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

El 31% de los pacientes señalan que diariamente consumen un máximo de dos pastillas; un 29.4% consumen tres pastillas, en menor porcentaje 18.3% consumen cuatro fármacos. En base a estos datos se nota una media de consumo de 3 pastillas diarias.

Tabla 10.- Distribución según el consumo máximo de ampollas diarias

		Frecuencia	Porcentaje	Max_amp_dia		
Válidos	0	81	64,3	N	Válidos	126
	1	35	27,8		Perdidos	0
	2	9	7,1	Media		,46
	5	1	,8	Mediana		,00
	Total	126	100,0	Moda		0
				Desv. típ.		,745
				Varianza		,554
				Rango		5
				Mínimo		0
				Máximo		5
				Suma		58

Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

El consumo de ampollas diarias es bajo, menos de la tercera parte de las personas sujetas de estudio se colocan una ampolla diaria. Se nota una media de consumo de todos los pacientes de 0.46.

Tabla 11.- Distribución según intensidad de dolor y medicamento que usa

			INT_DOLOR			Total
			LEVE	MODERADO	SEVERO	
Medicamento	AINES	Recuento	2	24	10	36
	AMITRIPTILINA	Recuento	0	1	2	3
	ERGOTAMINA	Recuento	3	2	0	5
	OPIOIDES	Recuento	1	4	4	9
	OTROS	Recuento	1	5	5	11
	PARACETAMOL	Recuento	12	26	21	59
	SUMATRIPTAN	Recuento	0	2	1	3
Total		Recuento	19	64	43	126

Chi- cuadrado de Pearson 17,881^a

Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

La mayoría de pacientes que presentan un dolor moderado se automedican con más frecuencia paracetamol, en menor cantidad AINES. En los casos de dolor severo persiste el uso en su mayoría de paracetamol, y en menor porcentaje AINES, opioides, amitriptilina y otros.

Tabla 12.- Distribución según el tipo de medicamento que consume por días

	Con_dias			Total
	> 10 DÍAS	0-5 DÍAS	6-10 DÍAS	
Medicamento AINES	0	25	11	36
AMITRIPTILINA	1	1	1	3
ERGOTAMINA	0	4	1	5
OPIOIDES	0	5	4	9
OTROS	0	2	9	11
PARACETAMOL	1	35	23	59
SUMATRIPTAN	0	3	0	3
Total	2	75	49	126

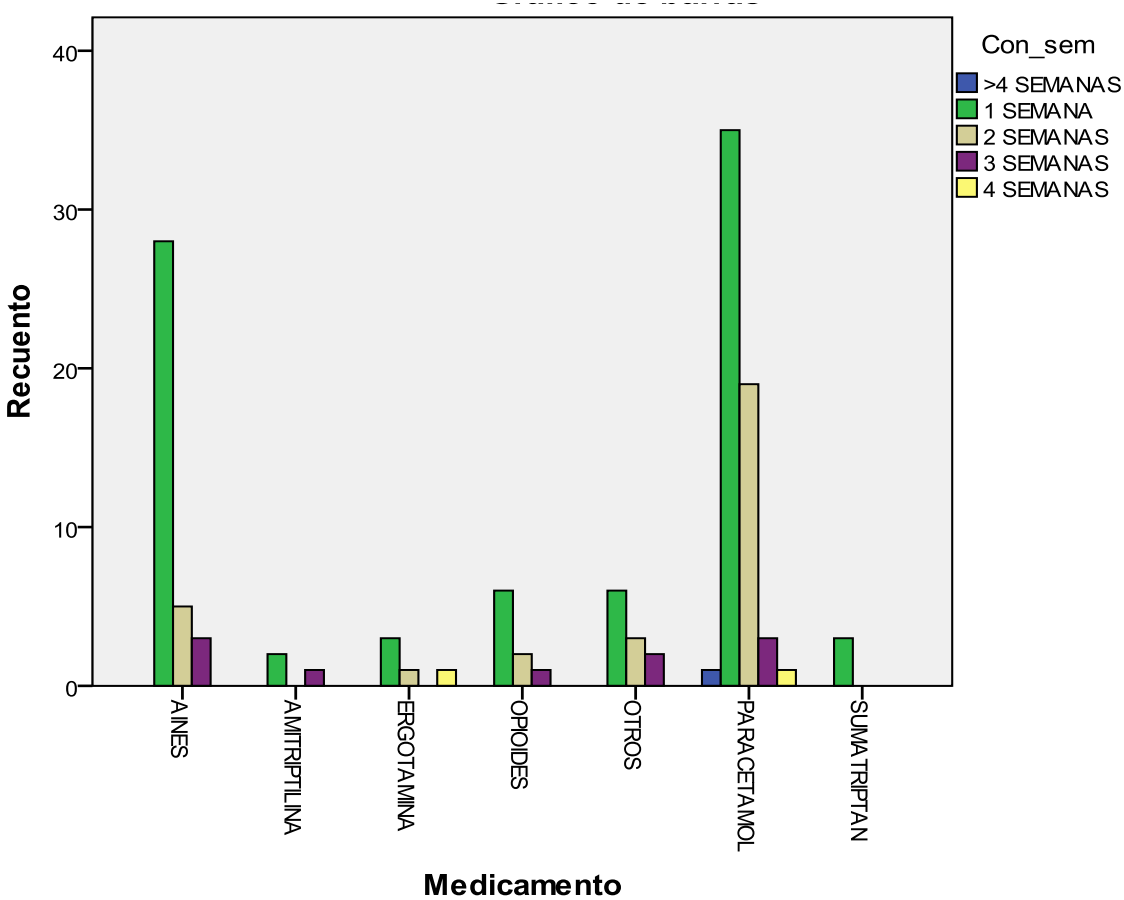
Chi- cuadrado de Pearson 32,946^a

Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

El medicamento que más se usa es paracetamol y de preferencia dentro de cinco días en 35 pacientes; los AINES es el segundo medicamento más usado por 25 pacientes en el mismo tiempo, de 6 a 10 días de automedicación un número menor de pacientes en primer lugar el paracetamol seguido del ibuprofeno.

Gráfico 12.- Distribución según el medicamento que consumen por semanas



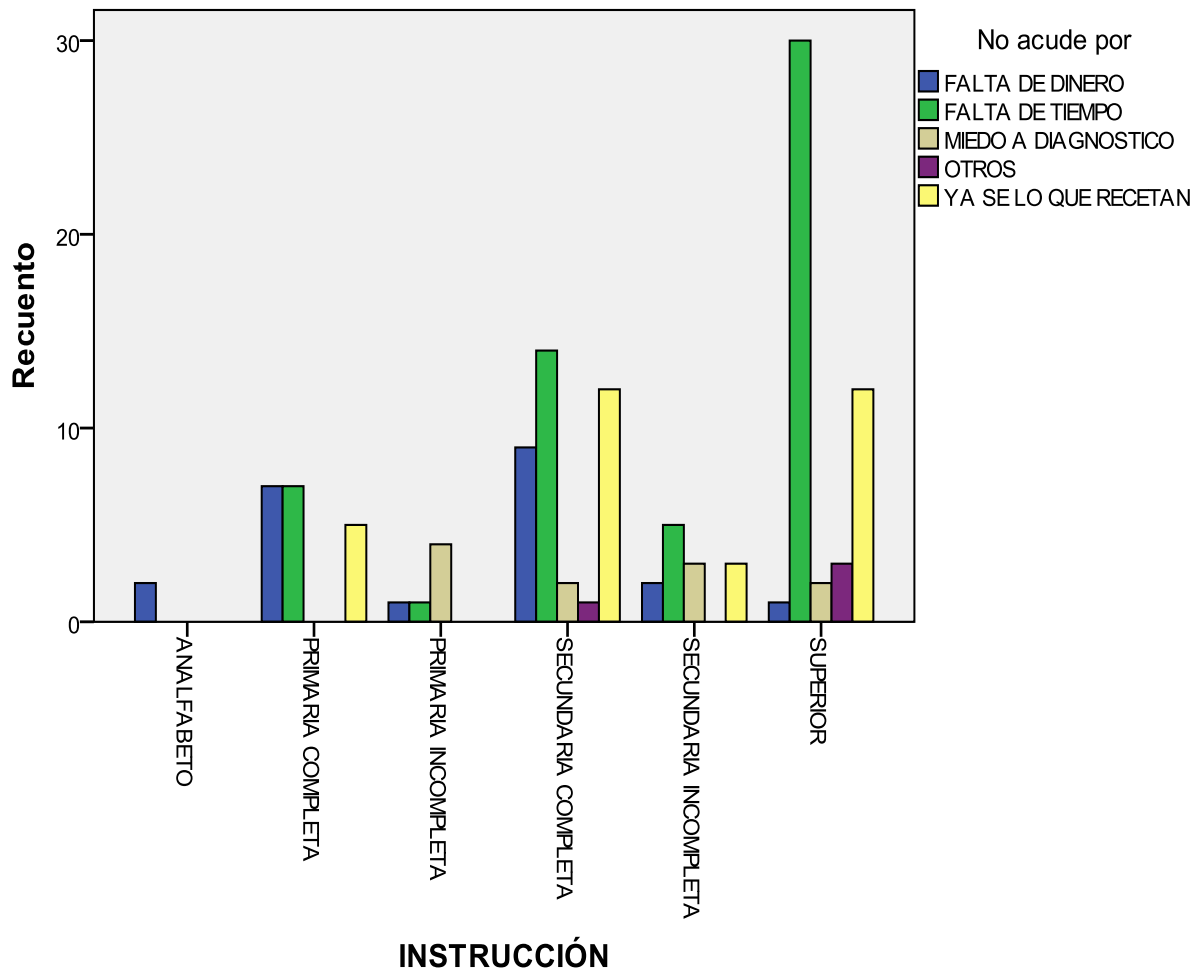
Chi- cuadrado de Pearson 24,746^a

Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

Se observa que en su gran mayoría consumen paracetamol durante una semana equivalente a 35 pacientes seguido de 28 pacientes que consumen AINES. El resto de medicamentos antimigrañosos se consumen en una considerable menor cantidad.

Gráfico 13.- Distribución según porque se automedican y la instrucción



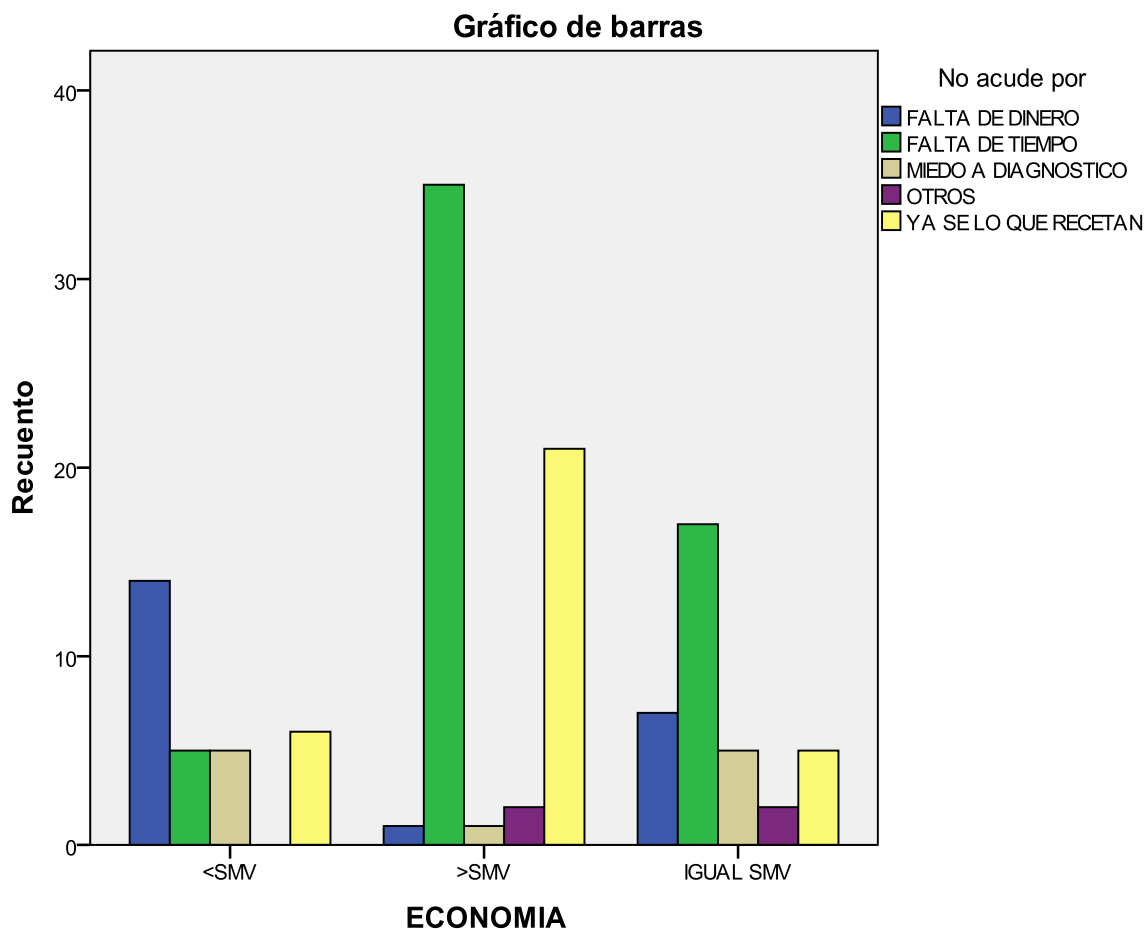
Chi- cuadrado de Pearson 60,450^a

Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

Un gran porcentaje se automedica por la falta de tiempo siendo 30 pacientes, todos con instrucción superior, de igual manera un 27 pacientes de instrucción superior y secundaria completa e incompleta señalan que no acuden al médico porque ya saben lo que recetan.

Gráfico 14.- Distribución según porque se automedican y sus ingresos mensuales



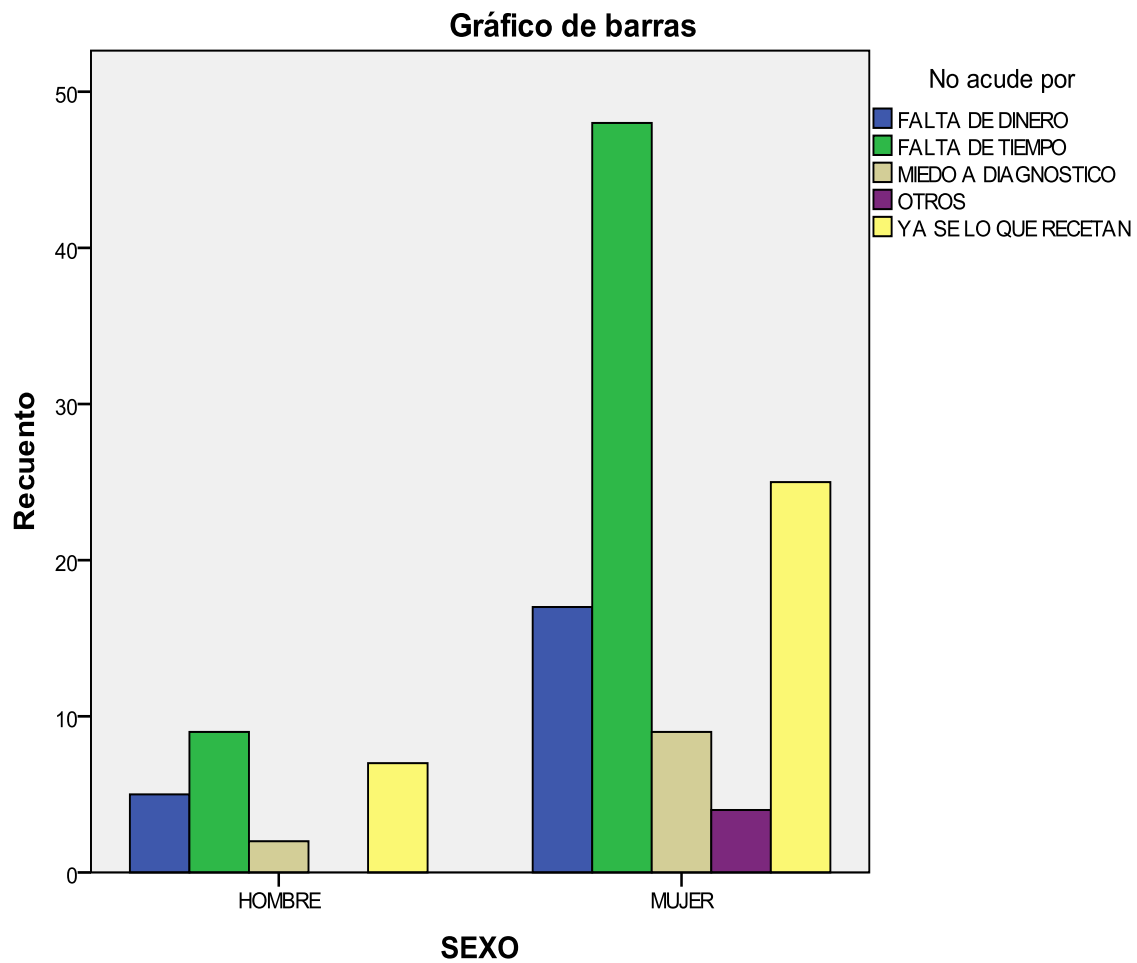
Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Chi- cuadrado de Pearson 43,719^a

Análisis.

En este cuadro se ve claramente que aquellas personas que a pesar de ganar más del salario mínimo vital o igual y se automedican es porque no disponen de tiempo y ya conocen lo que recetan los médicos, otro grupo son aquellos que tienen ingresos menores a un salario mínimo siendo esto el motivo por el que no acuden al médico y se automedican.

Gráfico 15.- Distribución según porque se automedican y el sexo



Chi- cuadrado de Pearson 1,701^a

Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

Análisis.

En el grafico se puede apreciar que la mayoría de los pacientes que se automedican son mujeres, equivalente a 90 pacientes, sea ya por falta de tiempo, por falta de dinero y el más importante porque ya saben lo que le recetan.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

Es importante reconocer que la migraña es una patología de alta incidencia en nuestro país aunque no se dispone de estudios precisos pero estudios realizados en nuestro continente demuestra una prevalencia de esta de un 12% de la población en general (Buonanotte Carlos, 2013)

En este estudio se encontró que existe una alta incidencia de automedicación en los pacientes con diagnóstico de migraña siendo los principales justificativos para hacerlo el hecho de saber lo que los médicos recetan 25.4% y la falta de tiempo para acudir a un servicio de salud con un 45.2%, cifras proximales a resultados de otros estudios realizados en Sudamérica. Por ejemplo en Chile un estudio revela que un 66.8% de pacientes acuden a farmacias comunitarias y se automedican, la gran mayoría de estudios de investigación se los han realizado por automedicación por cefalea, en Perú país limítrofe de Ecuador y con cultura semejante a la nuestra se encuentra tazas altas de esta conducta siendo mujeres la mayoría de pacientes que lo hacen y con equivalente a un 50% (Rocío Hermoza-Moquillaza, 2016).

En cuanto a la relación con el nivel de instrucción mi estudio demuestra que los pacientes con un alto grado de educación superior y secundaria se automedicaban, en estudios sobre cefalea y su relación con automedicación realizados en Lima no se ha encontrado que la incidencia cambie según su nivel de instrucción obteniéndose porcentajes similares en todos los niveles educativos de los pacientes que fueron sujetos de la investigación (Mestanza F, 1992)

En un estudio que compara la relación con la automedicación y el tipo de fármaco que más uso tiene se encontró que el de mayor rango fue el paracetamol con un 50% y los AINES en general con un 35.7% (Rocío Hermoza-Moquillaza, 2016). En este estudio se encontró datos similares

con un 46.8% para el paracetamol y un 28.6% para los AINES, siendo muy bajo el porcentaje de uso de opioides y antimigrañosos, es importante reconocer que la vía de administración de fármacos que más se uso fue la oral que representa un 87.3%.

En cuanto al tiempo en que los pacientes consumían los fármacos encontramos que la mayoría de pacientes lo hacían por menos de 5 días, produciendo en parte un efecto positivo de esta conducta de automedicación al presentar mejoría de la sintomatología por lo que decidían no acudir al profesional de salud.

Considero que una limitación de este estudio es que no se evaluó quienes eran los que eximían los medicamentos, si eran de profesión o solo vendedores farmacéuticos, además de no poder realizar asociaciones con otras realidades como si el paciente sujeto de investigación padecía otra patología como depresión, ansiedad o problemas del sueño.

Hay que tener en claro que la migraña es un problema de salud de alta incidencia que puede empeorar la calidad de vida de una persona, y la automedicación de la misma que se convierte en un problema de salud pública poco estudiada en nuestro país .

En definitiva puedo concluir que la automedicación por migraña es alta y el fármaco de mayor consumo es el paracetamol siendo agente causal de la misma saber lo que el médico le va a recetar o no disponer de tiempo para ir a una consulta en servicio de salud.

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La frecuencia de automedicación en pacientes con migraña es alta, siendo los principales patrones para hacerlo el saber lo que recetan los médicos o la falta de tiempo para acudir a ellos logrando con esta conducta que el tiempo de duración del cuadro sea menor en días y semanas.
- La mayoría de pacientes que se automedican son mujeres y el rango de edad media fue la de más incidencia, con instrucción secundaria o superior, dentro de los fármacos que más se usan destaca la administración de estos vía oral, el paracetamol con un 46.8% ocupa el primer puesto del total, seguido por el uso de AINES en un 28.6%, los opioides con 7.1%, ergotamina 4.0%, amitriptilina al igual que sumatriptán en un 2.4% cada uno y en 8% otros medios que no especifican.
- Puedo concluir que la automedicación está en relación directa y con mayor riesgo de efectos no deseados como reacciones adversas, interacciones con fármacos, aumento en los costos de los servicios de salud, complicaciones de la patología y disminución en la eficacia del manejo, por esto se debe tomar en cuenta tener un asesoramiento correcto y oportuno al paciente que sufre de migraña para reducir los riesgos de pérdida de salud por el uso inadecuado de medicamentos.

6.2 RECOMENDACIONES

- Es importante brindar una información y educación sanitaria ya que esta conducta puede ayudar a que la automedicación sea de manera responsable, positiva y que se consiga erradicar la automedicación innecesaria y/o peligrosa.
- Implementar medidas no farmacológicas de estilo de vida: buena higiene del sueño, horarios regulares de comidas, ejercicio regular y evitar desencadenantes para reducir las crisis de migraña como estrés, fatiga, alcohol, cafeína o alimentos.
- Acudir a controles médicos periódicos para un manejo integral de la patología recibiendo así información correcta de la misma, además de fomentar con esto una relación médico paciente eficaz y de confianza y así fomentar las respectivas redes de apoyo de la misma.
- Realizar un estudio de seguimiento en los pacientes enfocado en ver si la incidencia de la automedicación continúa con porcentajes elevados.

CAPÍTULO VII

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (IACS), I. A. (2016). Protocolo para el manejo del paciente con migraña crónica. *Grupo de trabajo del Protocolo para el manejo del paciente con migraña crónica.* .
- Baos, V. (2000). Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.*
- Becker, W. (2015). Tratamiento de la Migraña Aguda en adultos. Dolor de Cabeza. *PUBMED*, 10-14.
- Benavides David, R. L. (2015). Fisiopatología de la Migraña: Teoría vascular, Cierta o no ? *Acta Neurologica Colombiana*, 85-86.
- Buonanotte Carlos, B. M. (2013). Migraña. Revision. *Neurologia Argentina. ELSEVIER.*
- Cutrer, F. M. (2018). Fisiopatología, manifestaciones clínicas y diagnóstico de migraña en adultos. *UptoDate*, 1-5.
- Elsevier, M. e. (2018). *ClinicalKey*. Obtenido de https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-8c21b3b2-6041-4c3f-83e5-f08920f9760f
- Ezpeleta David, P. R. (2015). *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología*. Madrid: Luzan5.
- Fernández, A. I. (2014). Migraña. *ClinicalKey*, 1-4.
- Garza Ivan. (2018). Dolor de cabeza por uso excesivo de medicamentos: etiología, características clínicas y diagnóstico. 6-12. Obtenido de www.uptodate.com/contents/medication-overuse-headache
- Garza Ivan, M. T. (2018). Migraña Cronica. *UptoDate*.
- Gomez Otalvaro Maria, S. V. (2015). Cefalea: Mas que un simple dolor. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 43-44.
- Gonzales Carmen, J. M. (2019). Guia Oficial de Cefaleas. Madrid: Medea.
- Gonzales, L. A. (2016). Migraña y teoría evolutiva: vías para un acercamiento clínico. *Revista de Neurología*, 315-317.
- Hope O'Brien, M. F. (2019). Clasificación de la Migraña. *UptoDate*.
- IHS. (2013). *III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas*. Londres.
- INFAC. (2018). Tratamiento de la Migraña. 77.
- Laporte, J. (1998). Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? . *Medclinic*, 795-796.

- Law S, D. S. (2016). Sumatriptan plus naproxen for the treatment of acute migraine attacks in adults. *PUBMED*, 10.
- Lipton Richard, O. J. (2016). The migraine postdrome. An electronic diary study. *American Academy of Neurology*, 309-313.
- Marsal, A. (2016). DOLOR DE CABEZA (CEFALEA) MIGRAÑA (JAQUECA). *IMI TOLEDO*.
- Mayans Laura, M. M. (2018). Acute Migraine Headache: Treatment Strategies. *American Academy of Family Physicians*, 243-245.
- Menéndez Fernández A, G. D. (2017). Migraña. *Fisterra*, 2-3.
- Mestanza F, P. O. (1992). Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. *Rev Med Hered*.
- Muñoz Joe, V. M. (2014). Consenso de expertos de la Asociación Colombiana de Neurología para el tratamiento preventivo y agudo de la Migraña. *Acta Neurol Colomb*, 175-176.
- OMS. (2015). *Centro de Prensa*. Washington: Sitio Web
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es> .
- OPS. (2010). *IV Conferencia Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica*. Obtenido de <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/IVCONF>
- Rocío Hermoza-Moquillaza, C. L.-M.-H.-S.-M. (2016). Automedicación en un distrito de Lima Metropolitana, Perú. *Revista Medica Heredia*.
- Rodriguez, S. (2012). Estudio - Prevalencia de Automedicación en Consultantes a un Centro de Atención ambulatorio adosado a un hospital de una Comuna de Santiago. *Universidad de Chile*.
- Stephen E. Nicolson, M. (2018). Diagnóstico diferencial y tratamiento de las cefaleas . *ELSEVIER*, 842-845.
- UNAM. (2012). Dinamica de la Migraña. *Boletin de Informacion Clinica*, 48-50.
- Visens, L. (2014). ACTUALIZACION EN LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAMIGRAÑA. 147-148.
- World Health Organization Office for Europe, O. (1986). Guidelines for the medical assessment of drugs for use in self-medication.
- Yuri, T. (2008). Actualizacion en Migraña. *Act Neurol Colom*, 46.
- Zahid H Bajwa, R. J. (2018). *uptodate*. Obtenido de
https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-headache-in-adults/print?search=cefalea&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_...

CAPÍTULO VIII

8. ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUCTIVO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTE I: INFORMACIÓN

Introducción

Yo, Patricio Hipólito Cadena Erazo, médico posgradista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, realizaré un proyecto, para obtener el título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Estoy investigando los *Patrones de automedicación por Migraña en pacientes atendidos en el servicio de consulta externa Centro de Salud NI MSP de la ciudad de Ibarra en la provincia de Imbabura en el año 2018*, lo que permitirá esta investigación es identificar los factores que intervienen en la automedicación y con ello mejorar el manejo terapéutico de la migraña y calidad de vida del paciente, durante el periodo Junio - Agosto 2019.

Le voy a brindar información de esta investigación y si existe alguna duda al respecto se la resolverá en este momento.

Propósito

El estudio determinará los factores que intervienen en el cumplimiento del tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con Migraña.

Tipo de Intervención de Investigación

Se aplicará un cuestionario de datos sociodemográficos y una entrevista en base al estudio Frecuencia y características de la automedicación en pacientes con cefalea en atención primaria, 2015 de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Lima-Perú.

Selección de participantes

Se invita a todos los pacientes que fueron atendidos en el Centro de salud N°1 de Ibarra diagnosticados de Migraña a participar de este estudio.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede optar participar o no.

Procedimientos y Protocolo

Los cuestionarios se aplicarán de forma individual en las fechas establecidas.

Duración

Los datos se recogerán de Junio – Agosto y se lo realizará por una sola ocasión.

Efectos Secundarios

No existen efectos secundarios ya que esta investigación aplica un cuestionario.

Riesgos, molestias.

No existe riesgo ni molestias, porque son cuestionarios

Beneficios

Al participar en esta investigación nos ayuda a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación; podremos determinar que factor está más asociado a la falta del cumplimiento del tratamiento y en la calidad de vida del paciente con Migraña.

Incentivos

Este estudio no le dará ningún incentivo económico.

Confidencialidad

La información que se obtenga durante esta investigación será de uso confidencial con acceso exclusivo de los investigadores.

En el cuestionario aplicado se colocara un número en lugar de su nombre y solo los investigadores sabrán el nombre a quien corresponde.

Compartiendo los Resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted, en la Unidad de Salud y después de estos encuentros, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Derecho a negarse o retirarse

Su participación en esta investigación no es de carácter obligatorio por lo tanto usted puede negarse a participar.

PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: _____

Investigador: Patricio Hipólito Cadena Erazo

Centro de Salud N°1-Ibarra

Yo, _____ (nombre del paciente), con CI:
_____ que conozco y se me ha explicado: los objetivos del estudio, se ha garantizado la confidencialidad de la información en el proceso de investigación, se ha contestado todas las inquietudes respecto al presente estudio; declaro que mi participación es voluntaria y conozco mi derecho para dejar este estudio en cualquier momento

Firma del paciente

Firma del investigador

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE AUTOMEDICACION AL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA

Datos generales					
Código					
Edad					
Sexo	M	F			
Estado civil					
Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	Unión libre	
Economía (ingresos)					
< SMV	igual a SMV	> SMV			
Vivienda					
Arrendada	Propia	Prestada			
Ocupación					
Desocupado	Tiempo completo	Tiempo parcial			
Nivel de instrucción					
Analfabeto	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria completa	secundaria incompleta	Superior
actividad económica (descripción)					
Datos de la enfermedad					
Edad de diagnostico					
Fuente del diagnostico					
Primer nivel de atención	Referencia segundo nivel	Especialista privado	No sabe		
Intensidad del dolor					
Leve	moderado	severo			

Número de medicamentos que utiliza para el dolor			
Uno	Dos	Más de dos	
Fuente de prescripción			
Automedicación	Prescrito por boticario	prescripción medica	
AUTOMEDICACION			
Las siguientes preguntas se responden si el paciente se automedica			
¿Cuántas semanas consume pastillas/ampollas para tratar su dolor de cabeza?			
1	2	3	4 | >4
¿Cuántos días consume pastillas/ampollas para tratar su dolor de cabeza?			
0 -5 días	6 – 10 días	Más de 10 días	
En un día en el que tenga mucho dolor de cabeza, ¿Cuánto es el máximo número de pastillas que toma para el dolor de cabeza?			
En un día en el que tenga mucho dolor de cabeza, ¿Cuántas ampollas ha llegado a colocarse?			
De los siguientes nombres de pastillas cual es la que usted más usa para el dolor de cabeza			
Paracetamol	Sumatriptan	Opioides	
Amitriptilina	Ergotamina	AINES Otros.....	
Cuál es el motivo por el que usted no acudía al médico para tratar su dolor de cabeza?			
Falta de tiempo para acudir al médico		Falta de dinero para la consulta	
Ya sé lo que recetan los médicos		Miedo a lo que me puedan diagnosticar	Otros

<p>Nombre y firma del recolector de datos</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>
<p>Fecha de la entrevista</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>

ANEXO 3

Base de datos información sensible

CODIGO	NOMBRE	NUMERO DE HISTORIA CLINICA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		