

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA SEDE IBARRA**

**“Análisis de patrones de adherencia terapéutica en pacientes adultos con migraña, en los servicios de consulta externa centro de salud N° 1 MSP-Imbabura, en el período 2018”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE**  
**MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**Autoras:**

ANA GABRIELA MENESES PINTO, MD

PATRICIA ELIZABETH TARAMBIS RECALDE, MD

**Tutor metodológico:**

MARCELO PLACENCIA, MD, MPH

QUITO, 2019

## **Dedicatoria**

El presente trabajo va dedicado a nuestras familias ya que con su amor paciencia y comprensión durante este proceso de formación nos apoyaron y guiaron para seguir adelante con perseverancia cumpliendo nuestros ideales.

## **Agradecimiento**

Agradecemos a Dios por bendecirnos, y guiarnos a lo largo de este camino, brindándonos sabiduría y fortaleza para culminar con éxito nuestras metas propuestas.

También agradecemos a nuestras familias quienes han sido el pilar en esta trayectoria, y por ser la fuerza y apoyo incondicional para culminar nuestros estudios.

A nuestro tutor metodológico, Dr. Marcelo Placencia quien con su experiencia y conocimiento nos orientó dándonos pautas para la realización del presente trabajo.

Any y Paty

## Contenido

Resumen.....	1
Summary.....	3
CAPITULO I .....	4
INTRODUCCIÓN:.....	4
JUSTIFICACIÓN .....	5
CAPITULO II.....	6
Revisión bibliográfica.....	6
2.1 Definición y prevalencia de la cefalea .....	6
2.2 Clasificación .....	6
2.3 Migraña.....	8
2.4 Fisiopatología.....	9
2.5 Clasificación .....	10
2.6 Tratamiento.....	14
2.7 Adherencia terapéutica.....	17
CAPITULO III.....	28
3. MATERIALES Y MÉTODOS .....	28
3.1 Pregunta de investigación .....	28
3.2 Hipótesis .....	28
3.3 Objetivos .....	28
3.4 Metodología .....	29
CAPÍTULO V.....	36
Análisis y resultados .....	36
CAPÍTULO V.....	49
DISCUSIÓN .....	49
CAPÍTULO VI.....	51

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	51
CONCLUSIONES .....	51
RECOMENDACIONES.....	53
CAPÍTULO VII .....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	54
Bibliografía .....	54
CAPÍTULO VIII.....	56
8. ANEXOS .....	56

## Índice de Tablas

Tabla 1 Clasificación de la cefalea primaria.....	7
Tabla 2 Clasificación de las cefaleas secundarias.....	7
Tabla 3 Clasificación de las neuropatías craneales dolorosas .....	8
Tabla 4 Desencadenantes de la migraña .....	10
Tabla 5 Diagnóstico de migraña sin aura.....	11
Tabla 6 Diagnóstico de Migraña con aura .....	12
Tabla 7 Criterios diagnósticos de migraña crónica.....	13
Tabla 8 Predictores de baja adherencia al tratamiento.....	21
Tabla 9 Métodos Indirectos – Cuestionarios para valoración de la adherencia.....	22
Tabla 10 Test de Morisky-Green .....	23
Tabla 11 Consecuencia dela falta de adherencia al tratamiento .....	24
Tabla 12 Operalización de variables.....	29
Tabla 13 Pacientes atendidos con migraña en el Centro de Salud N° 1 MSP. 2018.....	36
Tabla 14 Distribución de la población por sexo .....	37
Tabla 15 Distribución de la población según la actividad económica.....	40
Tabla 16 Patrones de adherencia.....	44
Tabla 17 Estado civil y adherencia .....	47

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 Factores que influyen en la adherencia.....	18
Gráfico 2 Distribución de la población por grupos de edad .....	37
Gráfico 3 Distribución de la población según el Estado Civil.....	38
Gráfico 4 Distribución de la población según la Instrucción.....	39
Gráfico 5 Distribución de la población según la edad de diagnostico .....	41
Gráfico 6 Distribución de la población según fuente de diagnóstico .....	42
Gráfico 7 Adherencia terapéutica según Morisky- Green .....	43
Gráfico 8 Adherencia al tratamiento según sexo .....	45
Gráfico 9 Grupo etario con menor adherencia.....	46
Gráfico 10 Edad y razones de abandono.....	48

## Resumen

**Antecedentes:** El presente trabajo comparte algunas variables que se vinculan con la investigación de automedicación y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de migraña.

La migraña es un trastorno, crónico e incapacitante, caracterizado por ataques de cefalea severos, disfunción del sistema nervioso autónomo, y en algunos pacientes, la presencia de aura, que incluye síntomas neurológicos; La OMS estima que entre el 10% y el 14% de la población mundial tiene migraña, y afecta a tres veces más mujeres que hombres. (Kearney, Rutledge, & Tomkins, 2019). La falta de adherencia al tratamiento es un comportamiento que puede llevar al paciente a un empeoramiento de su enfermedad con un mayor riesgo de agudizaciones, incrementando las visitas a los establecimientos de salud repercutiendo negativamente en su calidad de vida. La mala adherencia a los regímenes terapéuticos está sujeta a diversos factores que la modifican. Por ello es necesario conocer los modificantes de la adherencia al tratamiento de la migraña y así poder tomar las medidas para evitarla.

**Objetivo:** Establecer la proporción de los pacientes con migraña que incumplen el plan de manejo prescrito en el primer nivel de atención

**Metodología:** Estudio transversal y ecológico sobre una población de pacientes con diagnóstico de migraña que fueron atendidos durante el año 2018 en el centro de salud No.1 de Ibarra

**Resultados:** se entrevistaron 126 pacientes, el grupo etario con mayor incidencia se encuentra entre los 25 y 39 años que representa un 48,4%. Encontramos que el 76,2% no cumplen el tratamiento prescrito de ello el patrón predominante es el cumplimiento parcial del tratamiento con un 36,5%

**Conclusiones:** la proporción de pacientes que incumplen el tratamiento prescrito es elevada, con mayor prevalencia en el sexo femenino.

**Palabras clave:** migraña, adherencia, tratamiento.

## Summary

**Background:** The present work shares some variables that are linked to the investigation of self-medication and quality of life in patients diagnosed with migraine.

Migraine is a chronic and disabling disorder, characterized by severe headache attacks, autonomic nervous system dysfunction, and in some patients, the presence of aura, which includes neurological symptoms; WHO estimates that between 10% and 14% of the world's population has migraine, and affects three times more women than men. (Kearney, Ruttledge, & Tomkins, 2019). The lack of adherence to treatment is a behavior that can lead the patient to a worsening of their disease with a greater risk of exacerbations, increasing visits to health facilities negatively impacting their quality of life. Poor adherence to therapeutic regimens is subject to various factors that modify it. Therefore, it is necessary to know the modifiers of adherence to the treatment of migraine and thus be able to take the measures to avoid it.

**Objective:** To establish the proportion of migraine patients who fail to comply with the management plan prescribed in the first level of care.

**Methodology:** Cross-sectional and ecological study on a population of patients with a diagnosis of migraine who were treated during the year 2018 in the health center No.1 of Ibarra

**Results:** 126 patients were interviewed, the age group with the highest incidence is between 25 and 39 years old, representing 48.4%. We found that 76.2% do not comply with the prescribed treatment, the predominant pattern is the partial compliance of the treatment with 36.5%.

**Conclusions:** the proportion of patients who fail to comply with the prescribed treatment is high, with a higher prevalence in females.

Keywords: migraine, adherence, treatment.

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN:**

La migraña es un trastorno, crónico e incapacitante, caracterizado por ataques de cefalea severos, disfunción del sistema nervioso autónomo, y en algunos pacientes, la presencia de aura, que incluye síntomas neurológicos; La OMS estima que entre el 10% y el 14% de la población mundial tiene migraña, y afecta a tres veces más mujeres que hombres. (Kearney, Rutledge, & Tomkins, 2019)

Tradicionalmente se ha considerado como una patología benigna por ser una disfunción neurológica paroxística y transitoria.

Este trastorno es frecuente en la consulta de atención primaria más del 90% de los adultos han padecido un episodio en su vida, un 76% de las mujeres y un 57% de los hombres refieren un episodio en un mes. (Carol, 2006)

En la actualidad el tema del cumplimiento de tratamientos médicos es de gran importancia debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, que se pongan en práctica las recomendaciones terapéuticas de salud que se les ha indicado lo cual no siempre se realiza correctamente; provocando fallas en la respuesta al tratamiento y poca adherencia.

## JUSTIFICACIÓN

La migraña es un trastorno neurológico crónico frecuente con una prevalencia mundial según la OMS entre el 10 y 14%, presenta un gran impacto general y socioeconómico, por lo que el cumplimiento de las medidas terapéuticas es un pilar fundamental para lograr un resultado exitoso del mismo.

En las enfermedades crónicas como es la migraña el porcentaje de no adherencia está entre el 50 y 60% de la población adulta, lo que puede llevar al paciente a mayor gravedad de la enfermedad, riesgo de recaída, una mayor utilización de la atención médica y recursos económicos, ausentismo laboral, afectación de la calidad de vida y un manejo de síntomas subóptimo. (Rachelle R. Ramsey, B, Hommel, & Hershey, 2014)

La presente investigación se enfocará en estudiar los patrones de adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de migraña atendidos en el centro de salud n1 Ibarra, pretendiendo así conocer los factores que influyen en la falta de cumplimiento al tratamiento generando conocimientos y estrategias que contribuyan a mejorar la adherencia terapéutica y con ello mejorar la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

## CAPITULO II

### Revisión bibliográfica

Este trabajo revisa conceptos básicos de cefalea, principalmente migraña y los factores que influyen en los patrones de adherencia al tratamiento.

#### 2.1 Definición y prevalencia de la cefalea

La cefalea es el dolor localizado en cualquier parte de la extremidad cefálica en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos que rodean el cuero cabelludo, cara y cuello posterior. (Gomez & Serna L, 2015)

Este trastorno es frecuente en la consulta de atención primaria más del 90% de los adultos han padecido un episodio en su vida, un 76% de las mujeres y un 57% de los hombres refieren un episodio en un mes. (Carol, 2006)

El promedio de prevalencia de la migraña es 15% de las mujeres y a 6% de los varones anual. (Peter, Neil, & Raskin, 2016)

#### 2.2 Clasificación

Dependiendo de la causa se puede clasificar a la cefalea en primaria, secundaria y otras.

Las cefaleas primarias se caracterizan por ser recidivantes, de curso benigno, frecuentes, sin causa demostrable; las cefaleas secundarias son nociceptivas asociadas una de una patología craneal; por lo que se debe hacer énfasis en la anamnesis, exploración física y exámenes complementarios, para así identificar patologías que deben ser referidas al nivel superior. (Zarrans, 2015)

Dentro de los grupos principales de cefalea podemos mencionar los siguientes:

**Tabla 1 Clasificación de la cefalea primaria**

Primaria	Migraña
	Cefalea tensional
	Cefalea trigeminoautonómica
	Otras cefaleas primarias

Fuente: (Headache, 2018)

**Tabla 2 Clasificación de las cefaleas secundarias**

Secundarias	Cefalea atribuida a traumatismo craneal o cervical
	Cefalea atribuida trastornos vasculares craneales o cervicales
	Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular
	Cefalea atribuida a la administración o supresión de una sustancia
	Cefalea atribuida a infección
	Cefalea atribuida a trastornos del homeostasis
	Cefalea atribuida a trastornos psiquiátricos
	Cefalea o dolor facial atribuido a trastornos del cráneo

Fuente: (Headache, 2018)

**Tabla 3 Clasificación de las neuropatías craneales dolorosas**

Neuropatías craneales dolorosas	Neuralgia del trigémino
	Neuralgia del glosofaríngeo
	Neuralgia del nervio facial
	Neuralgia occipital
	Neuritis óptica
	Celafía por parálisis de origen isquémico del nervio oculomotor
	Síndrome de Tolosa-Hunt
	Síndrome oculo simpático paratrigeminal
	Neuropatía optalmopléjica dolorosa recurrente
	Síndrome de la boca ardiente
	Dolor facial idiopático persistente
	Dolor neuropático central

Fuente: (Headache, 2018)

### 2.3 Migraña

La migraña es una cefalea aguda recurrente con predisposición familiar, tiene una prevalencia de por vida entre 14 y 16%, asociada a un alto costo, relacionado a la reducción de la productividad, y es responsable de casi el 3% de discapacidad, por ello se la coloca como la octava enfermedad más grave, y la séptima entre las enfermedades no transmisibles y la primera entre todos los trastornos neurológicos. (Leonardi, 2015)

Es de predominio femenino de 33%, con una prevalencia al año tres veces mayor que los hombres (17 vs. 6%). (Carol, 2006)

La edad de inicio en el 90% es antes de los 50 años de edad y el 25% comienza en la niñez/adolescencia. La incidencia máxima para hombres es de 10 a 12 años y en mujeres de 14 a 16 años. (Leonardi, 2015)

## 2.4 Fisiopatología

•**Depresión cortical propagada.** - Consiste en un mecanismo de excitación rápida seguido de inhibición en la corteza cerebral, por medio de liberación extracelular de óxido nítrico, ácido araquidónico, protones y potasio además de degranulación de los mastocitos, provocando inflamación neurógena estéril; principalmente en migraña con aura. (Cutrer & Bajwa, 2018)

•**Complejo trigeminocervical.** - La inflamación neurógena estéril estimula al ganglio del trigémino y a las raíces nerviosas cervicales superiores lo que produce liberación de sustancia P, Óxido nítrico, Neurocinina A, péptido relacionado con el gen de la calcitonina; provocando vasodilatación y la extravasación de proteínas plasmáticas. (Cutrer & Bajwa, 2018)

•**Sensibilización.** - Mecanismo por el cual las neuronas de primero y segundo orden se vuelven más sensibles a estimulación nociceptiva y no nociceptiva, provocando en ocasiones la transformación de la migraña episódica a migraña crónica. La sensibilización se relaciona con el dolor pulsátil agravado por el movimiento y maniobras de Valsalva (Cutrer & Bajwa, 2018)

**Tabla 4** *Desencadenantes de la migraña*

<b>Desencadenantes de la migraña</b>	Estrés y tensión emocional
	Relajación después del estrés
	Patrones alterados del sueño
	Cambios hormonales: caída en los niveles de estradiol en la menstruación y a mitad del ciclo.
	Anticonceptivos que contienen altas dosis de estrógenos.
	Estimulo sensorial fuerte: luz brillante o intermitente, ruidos fuertes dolores fuertes y compresión del nervio.
	Trauma craneal
	Alergia a los alimentos. Alcohol, aminos dietéticas específicas
	Dejar de comer
	Cambios meteorológicos.
	Abuso de la medicación
	Nitratos

Fuente: (Cutrer & Bajwa, 2018)

## 2.5 Clasificación

En base a la III edición de la clasificación Internacional de las Cefaleas los tipos de migraña son:

### **Migraña sin aura**

Se caracteriza por episodios periódicos con duración de 4-72 horas es unilateral de intensidad moderada o severa, de tipo pulsátil, que empeora con la actividad física y está asociada a náuseas/vómito o fofobia y fonofobia. (Gomez & Serna L, 2015)

**Tabla 5 Diagnóstico de migraña sin aura**

Migraña sin aura	A. Al menos 5 ataques que cumplan con los criterios B a D
	B. Ataques de dolor de cabeza que duran de entre 4 a 72 horas (sin tratamiento o sin éxito)
	C. Dolor de cabeza que tiene al menos 2 de las siguientes características: Ubicación unilateral, Calidad pulsátil, Intensidad del dolor moderada a severa, se agrava con la actividad física de rutina
	D. Durante el dolor de cabeza al menos uno de los siguientes: Náusea, vómito o ambos Fotofobia y fonofobia
	E. No se explica mejor por otro diagnóstico de la ICHD-III

Fuente : (ICHD-III, 2013)

### **Migraña con aura**

Cefalea de varios minutos, asociada a síntomas sensitivos o del sistema nervioso central unilaterales, transitorios y visuales, de inicio gradual y anteceden a la cefalea. (Gomez & Serna L, 2015)

**Tabla 6 Diagnóstico de Migraña con aura**

Migraña con aura	A. Al menos 2 ataques que cumplan con B y C
	B. Uno o más de los siguientes síntomas de aura totalmente reversible: visuales, sensitivos, del lenguaje, motores, troncoencefálico, retinianos
	C. Al menos 2 de las siguientes: progresión gradual de al menos 1 de los síntomas de aura durante un periodo $\geq$ a 5 minutos y/o 2 o más síntomas se presentan consecutivamente, cada síntoma de aura dura entre 5 y 60min, al menos 1 de los síntomas de aura es unilateral, el aura se acompaña o presede a 60 min de la cefalea
	D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III y se ha descartado un accidente isquémico transitorio

Fuente: (ICHD-III, 2013)

Además, se la puede clasificar de acuerdo con la frecuencia de los ataques en:

### **Migraña episódica**

Se la define a la cefalea que se presenta entre 1 y 14 días por mes y puede ser de baja frecuencia (1-4 días / mes), moderada (5-9 días / mes) y alta (10-14 días / mes) (Kearney, Rutledge, & Tomkins, 2019)

### **Migraña crónica**

“El dolor de cabeza ocurre en 15 o más días por mes durante más de tres meses, lo que tiene las características de la migraña al menos ocho días por mes” (Garza & Schwedt, 2018)

**Tabla 7 Criterios diagnósticos de migraña crónica**

<b>Criterios de diagnóstico:</b>
A. Dolor de cabeza (similar a la tensión y / o migraña) durante 15 o más días al mes durante más de tres meses y cumple con los criterios B y C
B. Ocurrió en un paciente que ha tenido al menos cinco ataques que cumplen los siguientes criterios para migraña sin aura (B1) y / o migraña con aura (B2)
B1. Migraña sin aura:
B1a. Ataques de dolor de cabeza que duran de 4 a 72 horas (sin tratamiento o sin éxito)
B1b. El dolor de cabeza tiene al menos dos de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unilateral location</li> <li>▪ Calidad pulsante</li> <li>▪ Intensidad del dolor moderada o severa</li> <li>▪ Agravación o evitación de la actividad física de rutina (por ejemplo, caminar o subir escaleras)</li> </ul>
B1c. Durante el dolor de cabeza al menos uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Náuseas y / o vómitos.</li> <li>▪ Fotofobia y fonofobia</li> </ul>
B2. Migraña con aura:
B2a. Uno o más de los siguientes síntomas de aura totalmente reversibles: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visual</li> <li>▪ Sensorial</li> <li>▪ Habla y / o lenguaje</li> <li>▪ Motor</li> <li>▪ Tronco cerebral</li> <li>▪ De retina</li> </ul>
B2b. Al menos dos de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Al menos un síntoma de aura se extiende gradualmente durante <math>\geq 5</math> minutos</li> <li>▪ Dos o más síntomas de aura ocurren en sucesión</li> <li>▪ Cada síntoma individual del aura dura de 5 a 60 minutos.</li> <li>▪ Al menos un síntoma de aura es unilateral.</li> <li>▪ Al menos un síntoma de aura es positivo</li> <li>▪ El aura se acompaña, o se sigue dentro de 60 minutos, por dolor de cabeza</li> </ul>
C. En ocho días o más por mes durante más de tres meses, cumpliendo con cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Criterios B1b y B1c para migraña sin aura</li> <li>▪ Criterios B2a y B2b para migraña con aura</li> <li>▪ El paciente cree que es una migraña al inicio y se alivia con un derivado de triptán o ergot</li> </ul>
D. No se explica mejor por otro diagnóstico ICHD-3

Fuente: ICHD-3 Clasificación internacional de trastornos de dolor de cabeza, 3ª edición.

## **2.6 Tratamiento**

Entre el 20 y el 25 % de los pacientes que presentan cefaleas nunca han consultado por su problema de salud, y un 50 % abandona el seguimiento tras las primeras consultas. El tratamiento de la migraña se fundamenta en tres pilares: tratamiento de la crisis aguda, profilaxis y modificación de estilos de vida. Por lo que es indispensable establecer estrategias para el tratamiento durante los ataques como en los períodos libres de dolor, y así evidenciar un impacto positivo en el paciente sin olvidar el valor del autocuidado. (Seng, Rains, Nicholson, & Lipton, 2015)

Establecer su manejo adecuado y educar al paciente sobre su situación de salud e incentivar a que participe activamente en la adherencia a su tratamiento y reconozca los factores desencadenantes para prevenirlos. (Testai, 2015)

Tratamiento farmacológico en el ataque de migraña agudo: se realizará el tratamiento a la brevedad con AINES junto con metoclopramida 10mg u ondansetron 4mg, esperar 40 minutos. Si persiste adicionar sumatriptan 50mg y esperar más de 1 hora. Si persiste repetir lo antes indicado. (Testai, 2015)

### **Triptanes**

Los efectos antimigrañosos son mediados por la combinación de: Inhibición de disparo de las células de los núcleos trigeminales (receptores 5HT 1B/1D tronco encefálico triptanes de segunda generación), inhibidor de los receptores pre sinápticos duros 5HT 1D, Vasoconstrictor de los vasos meníngeos, duros cerebrales o piales (estímulo de los receptores vasculares pre sinápticos 5HT1B), inhibición de las neuronas trigeminotálamicas, modulación de las neuronas grises periacueductales ventrolaterales. (Testai, 2015)

### **Prevención farmacológica**

Está indicada cuando el paciente presenta ataques que interfieren con su vida con una frecuencia cada 2 semanas y si el paciente no responde rápidamente al tratamiento agudo su eficacia es limitada el 50% de los pacientes tendrán una reducción en la frecuencia. La elección del agente profiláctico depende principalmente de la tolerancia a los efectos adversos, los cuales se pueden discutir con el paciente y determinar su referencia. Se debe establecer expectativas realistas con el paciente antes de comenzar la prevención ya que rara vez suprime los ataques totalmente. Se debe iniciar con incremento de la dosificación cada 7 o 10 días para minimizar los efectos adversos recordando al paciente que se necesita por lo menos 3 meses de la toma adecuada del medicamento. (Testai, 2015)

El manejo de los pacientes con migraña es complejo se basa en medidas farmacológicas y no farmacológicas, que la mayoría de veces no se cumplen adecuadamente provocando fallas terapéuticas y por lo tanto aumento de crisis migrañosas, por ello es importante identificar factores que influyen en una correcta adherencia al tratamiento; y conocer los patrones de adherencia terapéutica. Un “Patrón se define como una serie de variables constantes identificables dentro de un conjunto mayor de datos, estos elementos se repiten de una manera predecible.” (Rodriguez Fernandez, 2010)

Se puede clasificar los patrones en relación a su cumplimiento:

- Primaria: Abandono del tratamiento
- Secundaria:
  - Completa: cumple el tratamiento recomendado
  - Incompleta: el paciente se adhiere a la terapia en algunos momentos o por aparición de complicaciones. (Rodriguez Fernandez, 2010)

Estos patrones pueden originarse porque el paciente y sus familiares no entienden el manejo adecuado de la terapéutica, provocando una falta de adherencia de origen multifactorial.

## **2.7 Adherencia terapéutica**

La adherencia terapéutica es el comportamiento del paciente en relación a las recomendaciones acordadas con un profesional de la salud. (Hanne Herborg, Haugbølle, Sørensen, Rossing, & and Dam, 2008)

“La OMS en el 2010 define a la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona (toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de los hábitos de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario ”

La baja adherencia a los regímenes médicos prescritos es un problema presente en la actualidad. Las tasas de adherencia son de aproximadamente 50% para los medicamentos y son mucho menores para recetas de estilo de vida y otros regímenes más exigentes con el comportamiento. (Haynes, McDonald, & Garg, 2002)

La participación activa del paciente en el proceso de su enfermedad es fundamental para una adecuada adherencia, siendo necesario el conocimiento de la misma al igual que de su manejo terapéutico y la importancia de su cumplimiento; basados en una apropiada relación médico paciente. (Silva, Galeano, & Correa, 2005)

La OMS agrupa a los factores que influyen en la adherencia en 5 grupos:

**Gráfico 1** *Factores que influyen en la adherencia*



Fuente: (Tapias, 2014)

Factores relacionados al paciente:

- ✚ Conocimiento de la enfermedad
- ✚ Necesidad de tratamiento
- ✚ Motivación
- ✚ Alteración Sensoperceptiva (visual y auditiva). - Esto conlleva a que el paciente no comprenda de una forma adecuada las indicaciones del tratamiento farmacológico y no farmacológico. (Silva, Galeano, & Correa, 2005)
- ✚ Alteración cognitiva-conductual: impide el adecuado proceso de la información como sucede en demencias, depresiones, ansiedad y trastornos de la conducta, generando diversas formas de procesamiento de la información como olvido parcial o total de la información. (Silva, Galeano, & Correa, 2005)

### Factores socioeconómicos

- ✚ Situación laboral
- ✚ Nivel educativo
- ✚ Condiciones de vida
- ✚ Creencias populares
- ✚ Causas sociales en los que se pueden citar: la edad, sexo, raza y apoyo familiar. (Ibarra & Morillo, 2017)

### Factores relacionados con el tratamiento

- ✚ Complejidad
- ✚ Confianza en efectividad
- ✚ Efectos colaterales
- ✚ Estilos de vida

En general se observa alta adherencia al tratamiento cuando éste es corto o por tiempo limitado, podemos mencionar que la escasa disponibilidad del medicamento en los servicios de salud, y los posibles efectos colaterales e interacciones hacen que el paciente no se adhiera al tratamiento y en ocasiones lo abandone. (Silva, Galeano, & Correa, 2005)

### Factores relacionados con la enfermedad

- ✚ Patologías crónicas
- ✚ Ausencia de síntomas
- ✚ Tiempo de evolución
- ✚ Expectativas de curación
- ✚ Aceptación

### Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria

- ✚ Confianza recíproca
- ✚ Continuidad asistencial
- ✚ Accesibilidad
- ✚ Satisfacción laboral
- ✚ Relación médico/paciente. - Es importante establecer una adecuada empatía

con el paciente, para lograr un ambiente propicio que permite resolver dudas acerca de la patología y tratamiento prescrito. Debemos reconocer que una explicación clara y de calidad de las instrucciones sobre la duración, forma y horarios de la medicación permiten una adecuada adherencia. La duración de la consulta es también causa de no-adherencia si no se dispone de suficiente tiempo para explicar el tratamiento y menos si el esquema es complejo. (Silva, Galeano, & Correa, 2005)

### Predictores de baja adherencia al tratamiento

Pueden ser factores modificables y no modificables. Entre los no modificables encontramos las características demográficas y psicosociales del paciente o la naturaleza de la propia enfermedad, en los cuales no podemos influir. Y los modificables aquellos sobre los cuales podemos actuar. (Ibarra & Morillo, 2017)

**Tabla 8 Predictores de baja adherencia al tratamiento**

Predictores de baja adherencia al tratamiento	Complejidad del tratamiento, politerapia y dosis múltiples diarias
	Temor a los efectos adversos de la medicación
	Falta de confianza en el beneficio del tratamiento por parte del paciente
	Falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente
	Deterioro cognitivo
	Presencia de problemas psicológicos, particularmente depresión
	Enfermedad asintomática, crónica
	Inadecuada relación entre médico y paciente
	Atención fragmentada: falta de coordinación entre distintos prescriptores
	Seguimiento inadecuado o ausencia de plan terapéutico al alta
	Inasistencia a las citas programadas
	Dificultades para acceder a la asistencia o a los medicamentos
	Coste de la mediación

Fuente: (Ibarra & Morillo, 2017)

#### Métodos para evaluar la adherencia terapéutica

Pueden clasificarse en dos grupos: directos e indirectos.

✚ Métodos directos: son métodos objetivos, costosos y no siempre aplicables a la práctica clínica habitual y consisten en la determinación de la concentración del fármaco o su metabolito o un biomarcador en una muestra biológica, otro método incluye la terapia directamente observada TDO (Puigdemont & Valverde, 2018)

✚ Métodos indirectos: estos tienen como ventajas la sencillez, la aplicación clínica diaria y menor costo, entre los que encontramos los basados en la entrevista clínica (cuestionarios), recuento de medicación sobrante, dispositivos electrónico y análisis de los registros de dispensación. (Puigdemont & Valverde, 2018)

**Tabla 9 Métodos Indirectos – Cuestionarios para valoración de la adherencia**

Cuestionarios para valoración de la adherencia	Cuestionario ARMS-e
	Cuestionario BMQ
	Cuestionario breve de la medicación
	Inventario de actitudes hacia la medicación
	Test de Haynes-Sackett
	Hill-Bone Compliance Scale
	Escala informativa de cumplimiento de la medicación
	Test de Morisky-Green
	The Simplified Medication Adherence Questionnaire

Fuente: (Puigdemont & Valverde, 2018)

En la presente revisión bibliográfica ampliaremos el conocimiento sobre el test de Morisky-Green ya que es uno de los más conocidos y validados en enfermedades crónicas el mismo que aplicamos a nuestra investigación.

#### Test de Morisky-Green

Consta de cuatro preguntas con respuesta dicotómica SI / NO sobre actitudes del paciente ante la medicación de forma alterna en medio de la entrevista clínica, se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las preguntas: es decir NO/SI/NO/NO (Puigdemont & Valverde, 2018)

**Tabla 10 Test de Morisky-Green**

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

Fuente: (Puigdemont & Valverde, 2018)

Consecuencia de la falta de adherencia al tratamiento

Si el paciente no sigue el tratamiento no se verá mejora de las manifestaciones clínicas con persistencia de la patología.

**Tabla 11 Consecuencia de la falta de adherencia al tratamiento**

Consecuencia de la falta de adherencia al tratamiento	Empeora la calidad de vida de la persona
	Impide el control de la enfermedad
	Genera una mayor probabilidad de recaídas y agravamiento
	Puede inducir las posibilidades de efectos secundarios o intoxicaciones
	Puede conducir las posibilidades de fallecimiento
	Supone un incremento de los recursos sociosanitarios
	Tratamientos ineficaces por la aparición de resistencias

Fuente: (Ibarra & Morillo, 2017)

#### Medidas para mejorar la adherencia

El estudio de Rodríguez Chamorro y colaboradores demuestra siete grupos de estrategias aplicadas para mejorar el cumplimiento terapéutico:

- ✚ Estrategias técnicas
- ✚ Estrategias educativas
- ✚ Estrategias conductuales
- ✚ Tratamiento de observación directa
- ✚ Técnicas de apoyo social
- ✚ Técnicas dirigidas a profesionales
- ✚ Recuerdo de las estrategias

### Estrategias Técnicas

Se menciona que la simplificación del régimen, dosis menos frecuentes, fórmulas de liberación controlada y combinación de fármacos mejoran su adherencia terapéutica y efectividad por son fáciles de aplicar por parte del médico, útiles en pacientes polimedicados, buena relación coste-efectividad. (Rodríguez, y otros, 2014)

### Estrategias educativas

La información proporcionada por el médico debe orientar al paciente sobre su patología y recalcar sobre las posibles consecuencias del incumplimiento en cuanto a dosis, pautas horarias, vías de administración y correcto almacenamiento del fármaco. (Rodríguez, y otros, 2014)

El farmacéutico debe tratar de informar y formar al paciente sobre el uso de los medicamentos dispensados, sobre los objetivos del tratamiento, sobre cómo utilizar los medicamentos, cuándo y durante cuánto tiempo. (Rodríguez, y otros, 2014)

La educación sanitaria deberá ser adaptada a las capacidades de los pacientes, utilizando un lenguaje claro y fácil de entender ya sea de forma individualizada o en grupos. (Rodríguez, y otros, 2014)

### Estrategias conductuales

Los Sistemas Personalizados de dosificación de la medicación en especial en los siguientes casos:

- Pacientes con problemas cognitivos.
- Pacientes de edad avanzada.
- Tratamientos con 3 o más fármacos (polimedicados).

- Pacientes sin familiar o cuidador de referencia.
- Toma de dosis irregulares.
- Pacientes de edad avanzada y olvidadizos.
- Pacientes invidentes

Evitando los olvidos, las dosificaciones defectuosas y las duplicaciones. (Rodríguez, y otros, 2014)

Sistemas de Recuerdo Horario como llamadas telefónicas, alarmas horarias, mensajes SMS, entre otros, sus ventajas son efectivas relación coste-efectividad media, en función del método empleado. (Rodríguez, y otros, 2014)

Tratamiento con Observación Directa es útil en enfermedades como tuberculosis y SIDA con buena relación coste-efectividad, esta medida requiere el seguimiento de un protocolo establecido y la colaboración multidisciplinar de profesionales sanitarios. (Rodríguez, y otros, 2014)

#### Estrategias de apoyo social

Esta estrategia incluye información verbal y no verbal a la comunidad, familia o amigos, las que necesitan la reiteración en el tiempo para mantener la efectividad (Rodríguez, y otros, 2014)

#### Estrategias dirigidas a profesionales

Información, cursos, recordatorios, control y seguimiento, efectivas relación coste-efectividad. (Rodríguez, y otros, 2014)

Por lo que es de vital importancia identificar los factores de riesgo de la no adherencia al tratamiento en pacientes con migraña atendidos en el Centro de Salud N°1 Ibarra de la provincia de Imbabura ya que nos permite reducir la frecuencia e intensidad de las crisis migrañosas y mejorar la adherencia terapéutica. La OMS (2004) considera que la falta de adherencia a los tratamientos crónicos, por sus consecuencias negativas clínicas, personales y económicas, es un tema prioritario de salud pública que requiere ser estudiado para diseñar estrategias de intervención efectivas.

## CAPITULO III

### 3. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la proporción de pacientes con diagnóstico de migraña, que no se adhieren al plan de manejo prescrito y cuáles son los factores de riesgo?

#### 3.2 Hipótesis

El presente trabajo no requiere hipótesis estadística por ser de tipo transversal, y ecológico.

Dadas las diversas condiciones que intervienen en la adherencia al tratamiento de la migraña; nuestro propósito en este trabajo es mostrar las relaciones que existen con los múltiples factores.

#### 3.3 Objetivos

##### **Objetivo General:**

- Establecer la proporción de los pacientes con migraña que incumplen el plan de manejo prescrito en los centros de salud de primer nivel de atención: Centro de Salud N°1 Ibarra del MSP-Imbabura 2018.

##### **Objetivos Específicos:**

- Determinar los factores de riesgo que intervienen en la adherencia al tratamiento de migraña.
- Identificar la proporción según el sexo de la adherencia al tratamiento.
- Determinar el grupo etario con menor adherencia al tratamiento farmacológico.

### **3.4 Metodología**

#### **I. Diseño del estudio**

Estudio de tipo transversal y ecológico en pacientes con diagnóstico de migraña atendidos en el Centro de Salud N°1 MSP-Imbabura.

#### **II. Población**

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 código CIE 10 G43 registrado en el sistema RDCAA 2018
- Edad mayor de 18 años y dispuestos a participar en el estudio, según consentimiento informado Anexo 1

##### **b) Criterios de exclusión:**

- Mujeres en estado de gestación

#### **III. Operacionalización de variables:**

##### **Variable dependiente**

Adherencia al tratamiento

##### **Variable independiente**

Migraña

**Variables moderadoras**

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

**Tabla 12** *Operacionalización de variables*

<b>NOMBRE</b>	<b>CONCEPTO</b> (definición conceptual)	<b>DIMENSIONES</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>MEDIDA</b>
Edad	Número de años cumplidos al momento de realizar la 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	----- --	Cualitativa nominal	1= soltero, 2= casado, 3= divorciado 4= unión libre 5= viudo

	función de si tiene o no pareja y su situación legal			
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= desocupación,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 diagnóstico	Origen de juicio clínico	.....	Cualitativa	1=Diagnóstico primer nivel de atención
				2=Referencia hospital de segundo nivel

				3=Especialista privado
				4=No se sabe
Edad de diagnóstico	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
Número de medicamentos	Cantidad de medicamentos que suele utilizar para	.....	Cualitativa	1=uno
				2=dos

que utiliza para el dolor	aliviar la crisis de migraña			3=más de dos
Adherencia	Forma y magnitud en que un paciente sigue las indicaciones terapéuticas del médico en APS	Abandono de medidas terapéuticas	Cualitativa categórica	1=no 2= si 3= ocasional 4= no responde
		Adición de nuevas medidas	Cualitativa categórica	1= no 2= farmacológicas 3= no farmacológicas 4= no responde
		Sustitución de indicaciones	Cualitativa categórica	1= no 2= si 3= no responde
		Razones de abandono	Cualitativa categórica	1=mejora 2= mejora parcial 3= empeoramiento 4= no responde
		consulta con otros profesionales	Cualitativa categórica	1= no 2= si 3= no responde
		Abandono de fármacos	Cualitativa categórica	1=No, 2= SI

	Cumple con el horario indicado	Cualitativa categórica	1=No, 2=si
	Mejoría de la enfermedad	Cualitativa Categórica	1=No, 2=si
	Abandono de tratamiento farmacológico por presentar reacciones adversas	Cualitativa categórica	1= no , 2= si

## V. Recolección de datos

- a) Los propios investigadores recolectaron los datos persona a persona, considerando que la presente investigación está vinculada con los trabajos de automedicación y calidad de vida en la misma población.
- b) Se elaboró un cuestionario con todas las variables de la matriz de operacionalización incluyendo el test de Morisky (Ibarra & Morillo, 2017); este es un instrumento probado y validado para múltiples patologías crónicas, no presenta dificultades para su aplicación ya que es un cuestionario sencillo de realizar breve y aplicable a cualquier patología, alta especificidad, un alto valor predictivo positivo mismo que consta de 4 preguntas. Anexo2 (Chamorro, Garcia, Gil, & etall, 2009)
- c) La información fue digitalizada en una base de Datos Excel, y con ello se procedió a la depuración de los mismos y al análisis descriptivo en SPSS con la directa colaboración de nuestro tutor metodológico: Marcelo Placencia, MD, MPH.
- d) 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.
- e) Análisis o interpretación de datos: Meneses, Tarambis y Marcelo Placencia, MD, MPH. Tutor metodológico.
- f) Redacción del manuscrito: las autoras.
- g) Revisión crítica del manuscrito para contenido intelectual importante: Marcelo Placencia, MD, MPH. Tutor metodológico

## **VI Aspectos bioéticos**

En el presente estudio se recolectó 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 explicó a los participantes la finalidad de la presente encuesta, aclarando las interrogantes que surgieron y se garantizó la posibilidad de seguir o retirarse del estudio según lo prefiera). Los datos fueron 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) son custodiados por los investigadores, tesis de la presente titulación y director metodológico.

## CAPÍTULO V

### **Análisis y resultados**

Se realizó estadística descriptiva univariada, de variables cuantitativas; y para variables cualitativas frecuencia relativa. Se hizo estadística bivariada con tablas de contingencia. Se estableció la prevalencia de los patrones de adherencia de tipo global y específicos de acuerdo a las variables moderadoras. El presente análisis se realizó con la colaboración de nuestro tutor metodológico: Marcelo Placencia, MD, MPH

**Total de 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 13 *Pacientes atendidos con migraña en el Centro de Salud N° 1 MSP. 2018***

Pacientes atendidos	Frecuencia	%
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. Se atendieron a 156 pacientes con diagnóstico de migraña, de los cuales se seleccionó a 126. Se excluyó a 30 pacientes (19% de la población total) por no reunir las características necesarias para el presente estudio, las cuales ya fueron descritas anteriormente.

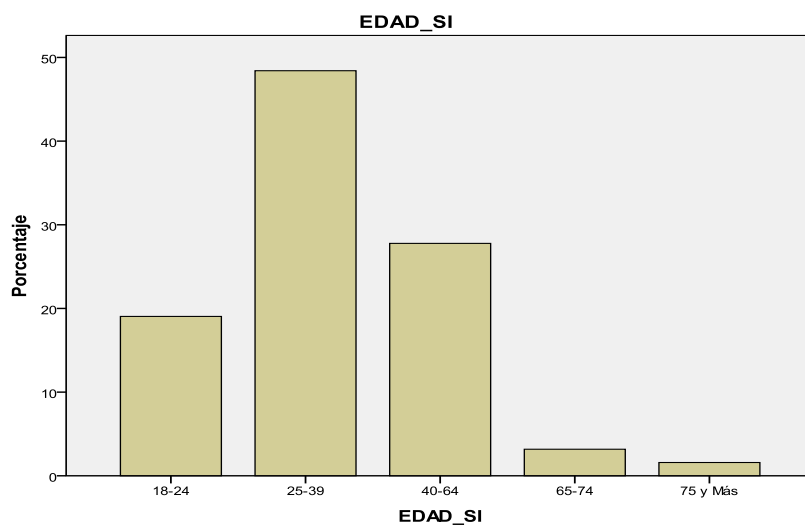
**Tabla 14 Distribución de la población por sexo**

		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.

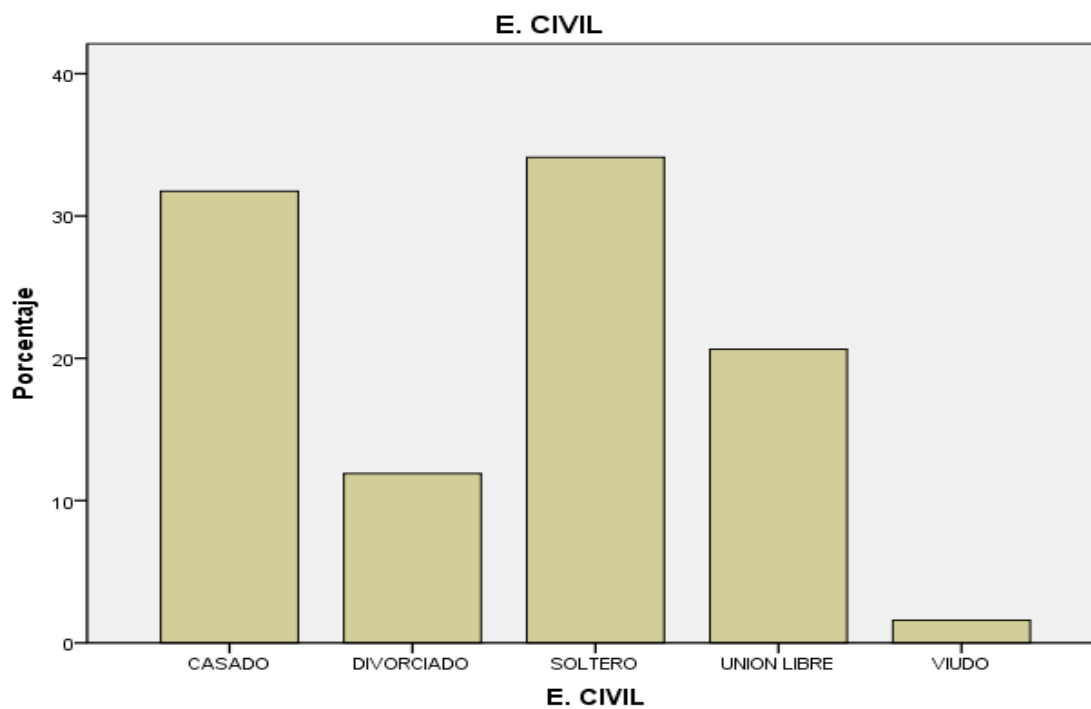
**Gráfico 2 Distribución de la población por grupos de edad**

Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

### 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

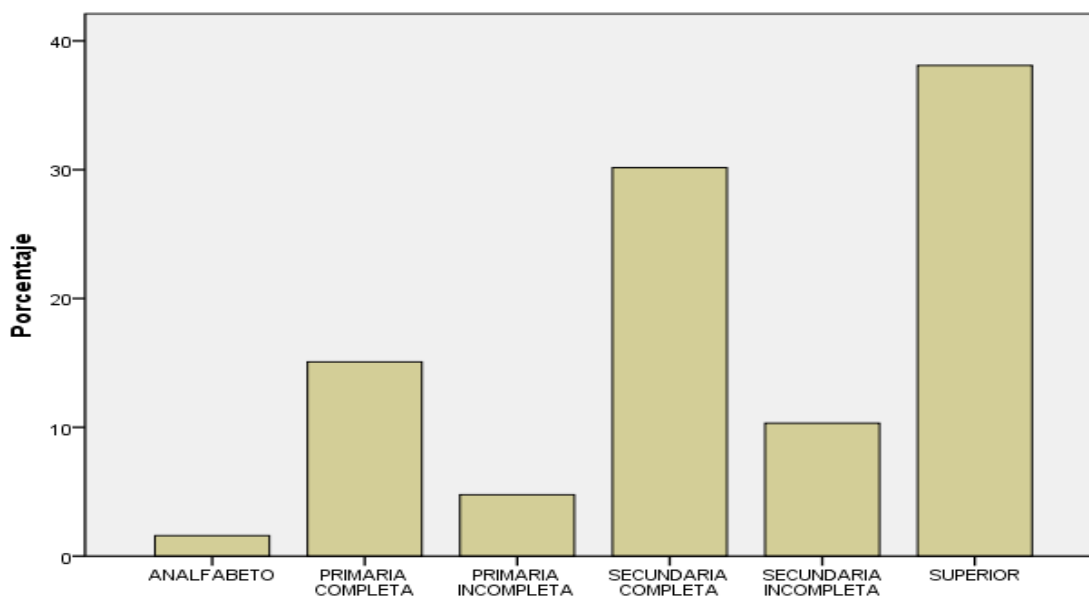
**Gráfico 3 Distribución de la población según el Estado Civil**



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 4** *Distribución de la población según la Instrucción*

Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

**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 15 Distribución de la población según la actividad económica**

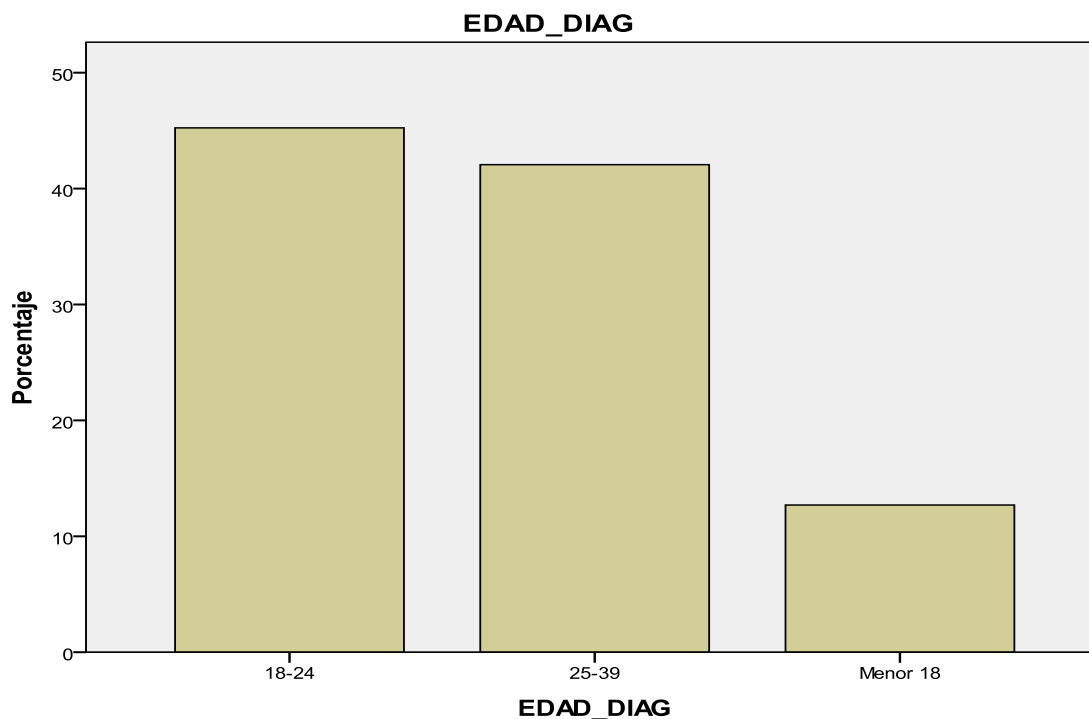
—		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	COMERCIO	37	29,4
	ESTUDIANTE	8	6,3
	NINGUNA	12	9,5
	PROFESIONAL	22	17,5
	SERVICIOS	47	37,3
	Total	126	100,0

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, conductores, meseras, etc. En menor cantidad los que se dedican al comercio entre ellos: vendedoras, panaderos, agricultores, etc. También acudieron profesionales como profesoras, ingenieros, etc. Por ultimo acudieron los estudiantes y los que no tienen ninguna actividad económica.

**Gráfico 5** *Distribución de la población según la edad de diagnóstico*

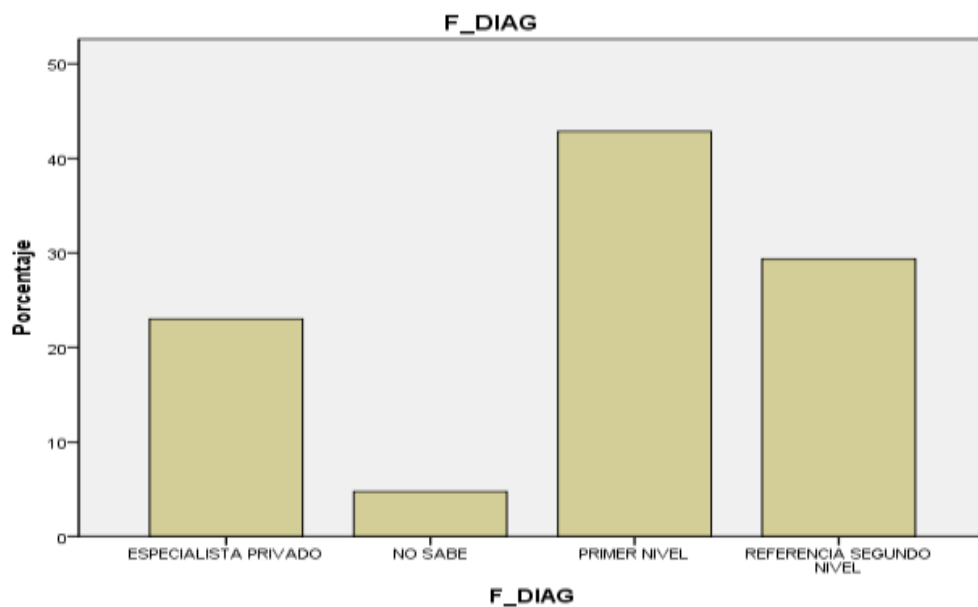


Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

**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 6** *Distribución de la población según fuente de diagnóstico*

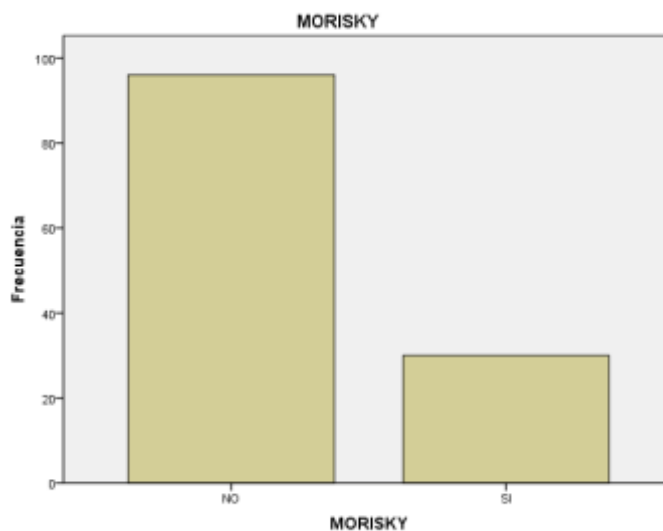


Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

**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 7 Adherencia terapéutica según Morisky- Green**



Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

### **Análisis**

Según el resultado del test de adherencia Morisky Green se observa que la mayoría de paciente incumplen el tratamiento prescrito, en un porcentaje de 76,2 % (96 pacientes).

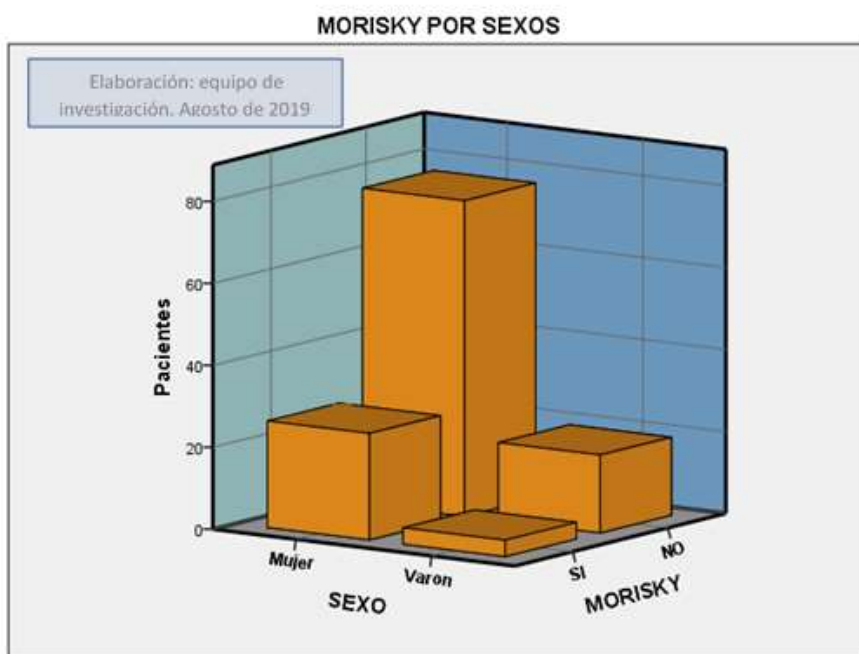
**Tabla 16 Patrones de adherencia**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Primario	36	28,6
	Secundario completo	44	34,9
	Secundario Incompleto	46	36,5
	Total	126	100,0

Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

**Análisis**

Se puede determinar que la mayoría de los pacientes tienen un patrón de adherencia secundaria incompleta es decir se adhieren parcialmente al tratamiento.

**Gráfico 8 Adherencia al tratamiento según sexo**

### **Análisis**

Al comparar adherencia terapéutica y sexo observamos que en el sexo femenino hay menor adherencia al tratamiento en un porcentaje de 80.2 % del total de pacientes que incumplen el tratamiento.

**Gráfico 9** Grupo etario con menor adherencia



### **Análisis**

Encontramos que el grupo con menor adherencia al tratamiento esta entre los 25 y 39 años de edad.

**Tabla 17 Estado civil y adherencia**

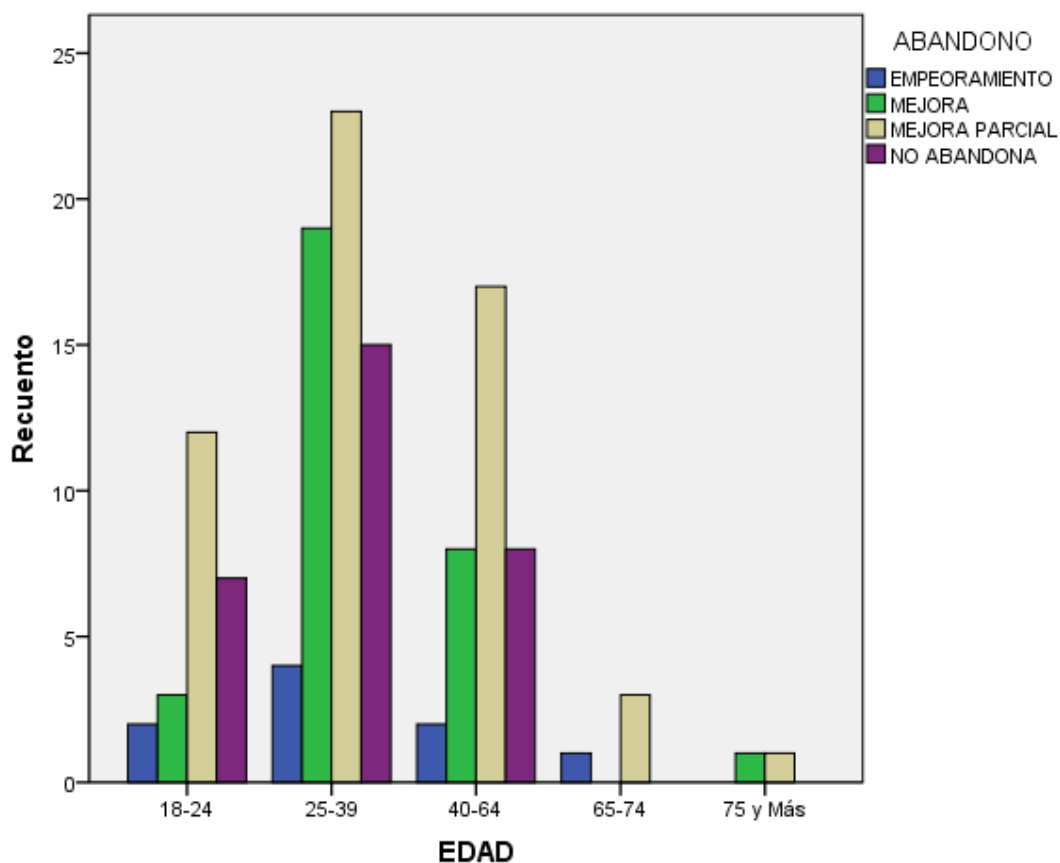
			MORISKY		Total
			NO	SI	
E. CIVIL	CASADO	Recuento	28	12	40
		%	70,0%	30,0%	100,0%
	DIVORCIADO	Recuento	12	3	15
		%	80,0%	20,0%	100,0%
	SOLTERO	Recuento	<b>34</b>	9	43
		%	79,1%	20,9%	100,0%
	UNION LIBRE	Recuento	20	6	26
		%	76,9%	23,1%	100,0%
	VIUDO	Recuento	2	0	2
		%	100,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	96	30	126
		%	76,2%	23,8%	100,0%

Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

## Análisis

De las pacientes que fueron atendidos se puede determinar que: según el estado civil los que no cumplen el plan terapéutico en su mayoría son los solteros, los pacientes con mayor adherencia al plan terapéutico son en los pacientes casados.

**Gráfico 10** *Edad y razones de abandono*



Elaboración: equipo de investigación, agosto de 2019

## Análisis

Según el análisis de la edad y razones de abandono de medidas terapéutica. Se identifica a la mayoría abandonan el tratamiento es por mejora o una mejora parcial en especial los que están comprendidos entre 25 a 39 años de edad.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

Se ha encontrado escasa literatura sobre estudios de adherencia terapéutica en migraña, los estudios encontrados en su mayoría son de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en los que podemos observar un pobre cumplimiento terapéutico. (Conthe, Márquez, Pérez, Barragán, & Fernández, 2014)

Dentro de la epidemiología en nuestra población encontramos que la migraña se presenta con mayor frecuencia en mujeres, al igual que en el artículo realizado por Buonanotteb donde encuentra una relación 3:1 con claro predominio femenino. (Buonanottea & Buonanotte, 2012)

Doctorovich en su artículo refiere que el 90% de los pacientes con migraña sufren dolor de intensidad moderada a severa, en nuestro estudio observamos un porcentaje similar con un 84,9% del total de pacientes. (Doctorovich, 2012)

El objetivo de esta investigación fue aportar una base de datos sobre adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de migraña primer nivel de atención de la ciudad de Ibarra, este estudio se realizó con un método de tipo transversal y ecológico, utilizando un cuestionario aplicado persona a persona en el cual pudimos observar que la falta de cumplimiento terapéutico está dentro de los rangos esperados según Ramsey y colaboradores en donde se encontró que las tasas de adherencia varían entre 25% al 94%. (Rachelle R. Ramsey, B, Hommel, & Hershey, 2014).

Dozza y Krymchantowski demostraron una adherencia al tratamiento en migraña de 79.6%, en nuestro estudio encontramos un 23,8% de adherencia, consideramos que la diferencia puede ser debido a que el estudio se realizó en un centro especializado para dolor de cabeza de tercer nivel. (Dozza & Krymchantowski, 2013).

Al realizar el cruce de las variables sobre algunos de los factores que influyen en la adherencia terapéutica encontramos que dichos factores intervienen de manera similar, es decir el cumplimiento de las medidas terapéuticas es multifactorial concordando con la literatura de la OMS 2004 en la cual manifiesta que: “La capacidad de los pacientes para seguir los tratamientos de una manera óptima se ve comprometida con frecuencia por más de una barrera”. (Sabaté, 2004)

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES

✚ El cumplimiento de las medidas terapéuticas precisa una perspectiva interdisciplinaria que involucre tanto al paciente, su entorno familiar, como a los profesionales y sistema de salud.

✚ De los pacientes que participaron en el estudio la mayoría son mujeres, en edad media, el 61.9% no tiene estudios superiores, el 32.1% está casado o en unión libre. De ellos el 42.9% de las migrañas fueron diagnosticadas en primer nivel de atención.

✚ El número de pacientes que se adhieren al tratamiento son 30, de ellos el 30% están casados.

✚ Los patrones de adherencia al tratamiento encontrados fueron primario considerado como el abandono total de las medidas terapéuticas representado por un 28.6% de la población y secundario incompleto calificado como cumplidor ocasional en un 36.5% y finalmente el resto de la población se encuentra con un patrón secundario completo que representa al paciente que si cumple con el tratamiento indicado.

✚ La adherencia al tratamiento de esta patología crónica está influida por múltiples factores relacionados entre sí, entre ellos podemos mencionar a los relacionados con el paciente (edad, sexo, instrucción, ocupación, estado civil entre otros), el fármaco, el profesional de salud.

✚ La no adherencia o menor cumplimiento al tratamiento prescrito se encuentra en el grupo etario entre los 25 y 39 años de edad.

✚ El 39,7% de los pacientes consulta con otros profesionales, o deciden abandonar el tratamiento por una mejora parcial en un 44,4%.

✚ El 34.1% de la población adiciona medidas no farmacológicas a su tratamiento del cual el 86% son de sexo femenino.

## RECOMENDACIONES

- Para lograr una óptima adherencia a la terapéutica hemos visto necesario individualizar las intervenciones y consensuar el tratamiento a seguir.
- Facilitar la información al paciente y su familia sobre la patología; de un modo positivo y simple procurando que la información se adecuada al nivel sociocultural del paciente y promover la importancia de su autocuidado, así como plantear un tiempo prudencial para resolver sus dudas.
- Fortalecer las redes de apoyo familiar para el control de la enfermedad y de la medicación.
- Procurar una buena relación médico paciente haciendo énfasis en la confianza y empatía.
- Dotar al paciente de las herramientas para poder reconocer los desencadenantes de la migraña disminuyendo los procesos agudos mejorando la adherencia al tratamiento y con ello la calidad de vida.
- Realizar un seguimiento adecuado al paciente ya que no se puede pretender una correcta adherencia terapéutica si se lo evalúa tan solo 1 o 2 veces al año o si pasa de un facultativo a otro.

## CAPÍTULO VII

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

#### Bibliografía

- Buonanotte, C., & Buonanotte, M. (2012). Migraña. *Neurología Argentina*, 96.
- Carol, P. (2006). *Fisiopatología Salud- Enfermedad*. Madrid: P.S.A.
- Chamorro, M., Garcia, E., Gil, A., & etall. (2009). Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitari. *Pharmaceutical Care España*, 183-191.
- Conthe, P., Márquez, E., Pérez, A., Barragán, B., & Fernández, M. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Revista Clínica Española*, 337.
- Cutrer, M., & Bajwa, Z. (2018). *Pathophysiology, clinical manifestations, and diagnosis of migraine in adults*. Obtenido de [https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-migraine-in-adults?search=migra%C3%B1a&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H21674113](https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-migraine-in-adults?search=migra%C3%B1a&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H21674113)
- Doctorovich, E. (2012). Tratamiento agudo de la migraña. *Servicio de Neurología. Hospital Italiano de Buenos Aires.*, 1.
- Dozza, A., & Krymchantowski, A. (2013). *PUBMED*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23563717>
- Garza, I., & Schwedt, T. (2018). *Uptodate*. Obtenido de [https://www.uptodate.com/contents/chronic-migraine?search=migra%C3%B1a%20aguda&topicRef=3348&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/chronic-migraine?search=migra%C3%B1a%20aguda&topicRef=3348&source=see_link)
- Gomez, M., & Serna L. (2015). Cefaleas mas que un simple dolor . *Revista Mexicana de Neurociencias* , 41-53.
- Hanne Herborg, H., Haugbølle, L., Sørensen, L., Rossing, C., & and Dam, P. (2008). *NCBI*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4148414/>
- Haynes, R., McDonald, H., & Garg, A. (2002). *JAMANETWORK*. Obtenido de <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195606>
- Headache, H. C. (2018). The International Classification of Headache Disorders,. *Cephalalgia*, 8-16.
- Ibarra, O., & Morillo, R. (2017). Lo que debes saber sobre la ADHERENCIA al tratamiento. Barcelona: EUROMEDICE.
- ICHD-III. (2013). *International Headache Society*. Obtenido de [http://www.sen.es/pdf/2014/cic3\\_beta.pdf](http://www.sen.es/pdf/2014/cic3_beta.pdf)

- Kearney, M., Rutledge, M., & Tomkins, E. (2019). Migraine Diagnosis & Management. *Quality and Safety in Practice Committee*, 2.
- Leonardi, M. (2015). *Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society*. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10072-015-2188-z>
- Olesen, J; Evers, S; Charles, A; etall. (2013). *International Headache Society* , 23-55.
- Peter, J., Neil, H., & Raskin, e. a. (2016). Migraña y otras cefaleas primarias. En T. Harrison, W. Resnick, M. Wintrobe, & e. all, *PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA* (pág. 2856). United States of America: McGraw-Hill.
- Puigdemont, N., & Valverde, M. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *ARS Pharmaceutica*, 164-168.
- Rachelle R. Ramsey, M. J., B, A., Hommel, K., & Hershey, A. (2014). Adherencia al tratamiento en pacientes con dolor de cabeza: una revisión sistemática. *NCBI*, 3.
- Robertson, C. (13 de Septiembre de 2017). *UPTODATE*. Obtenido de [https://www.uptodate.com/contents/migraine-with-brainstem-aura-basilar-type-migraine?search=migra%C3%B1a&topicRef=3348&source=see\\_link#H1](https://www.uptodate.com/contents/migraine-with-brainstem-aura-basilar-type-migraine?search=migra%C3%B1a&topicRef=3348&source=see_link#H1)
- Rodriguez Fernandez, O. (2010). Promocionando la adherencia . Sevilla , España .
- Rodríguez, M., Pérez, E., García, E., Rodríguez, A., Martínez, F., & Faus, M. (2014). Revisión de estrategias utilizadas para la adherencia farmacológica. *Pharm Care Esp.*, 110-120.
- Sabaté, E. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. *Biblioteca OMS* , 31.
- Seng, E., Rains, J., Nicholson, R., & Lipton, R. (2015). *Springer Link*. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s11916-015-0498-8>
- Silva, G., Galeano, E., & Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. *ACTA MÉDICA COLOMBIANA*, 268-272.
- Tapias, L. (2014). Factores individuales que influyen en la al tratamiento fisioterapéutico. *CES Movimiento y Salud*, 27.
- Testai, F. (2015). Migraña. En G. Hankey, J. Wardlaw, & etall, *Tratado de Neurología Clínica* (págs. 139-148). ESTADOS UNIDOS : Taylor & Francis Group.
- Zarrans, J. (2015). Cefaleas y algias cráneo-faciales. *NEUROLOGIA*, 125-153.

## **CAPÍTULO VIII**

### **8. ANEXOS**

#### **ANEXO 1**

#### **INSTRUCTIVO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **PARTE I: INFORMACIÓN**

##### **Introducción**

Ana Gabriela Meneses Pinto y Patricia Elizabeth Tarambis Recalde médicos posgradistas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, realizaremos un proyecto, para obtener el título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Estamos investigando los “Análisis de patrones de adherencia terapéutica en pacientes adultos con migraña, en los servicios de consulta externa Centro de Salud N° 1 MSP-Imbabura, en el período 2018”, lo que permitirá esta investigación es identificar los factores que intervienen en la adherencia y con ello mejorar el manejo terapéutico de la migraña y calidad de vida del paciente durante el periodo Junio - Agosto 2019.

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

##### **Propósito**

El estudio establecerá 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 en el que se incluye el test de Morisky.

**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 en 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 existe 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 usted nos ayuda a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación; podremos determinar qué factores están más asociados a la falta del cumplimiento del tratamiento y en la calidad de vida del paciente con migraña.

### **Incentivos**

Esta investigación no le dará ningún incentivo económico.

### **Confidencialidad**

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

En el cuestionario aplicado se colocará un número en lugar de su nombre y solo los investigadores sabrán 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 tanto usted puede negarse a participar.

**PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Investigadores: Ana Gabriela Meneses Pinto/ Patricia Elizabeth Tarambis Recalde

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 ADHERENCIA 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 diagnóstico				
Fuente del diagnóstico				
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		
Datos de la Adherencia al tratamiento				
Abandono de medidas terapéuticas				
No	Si	Ocasional		
Adición de nuevas medidas				
No	Farmacológicas	No farmacológicas		
Sustitución de indicaciones				

Si	No	
Razones del abandono		
Mejora	mejora parcial	empeoramie nto
Consultó con otros profesionales		
si	No	
Morisky		
Deja de tomar alguna vez los medicamentos para su enfermedad		
Si	No	
Toma los medicamentos a las horas indicadas		
Si	No	
Cuando se encuentra bien deja de tomar la medicación		
Si	No	
Si alguna vez le sienta mal usted deja de tomarla		
Si	No	

Nombre y firma del recolector de datos

\_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista

\_\_\_\_\_

**Anexo 3****Base de datos información sensible**

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

