

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



**Frecuencia y características de la automedicación en pacientes con cefalea en  
atención primaria en Lambayeque, Perú 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**Autores:**

**BACH. DENIS ANDERSON SALDAÑA FLORES**

**BACH. ARMANDO GIANCARLO VILLALOBOS TICLIAHUANCA**

**Chiclayo, 6 de marzo de 2017**

**Frecuencia y características de la automedicación en pacientes con cefalea en atención primaria en Lambayeque, Perú 2015**

**POR:**

**Bachiller en Medicina Humana:**

**SALDAÑA FLORES DENIS ANDERSON  
VILLALOBOS TICLIAHUANCA ARMANDO GIANCARLO**

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el título profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

**APROBADO POR:**

---

Mgtr. Jorge Osada Liy  
Presidente de Jurado

---

Med. Eric Peña Sánchez  
Secretario de Jurado

---

Mgtr. Franco León Jiménez  
Vocal/Asesor de Jurado

**CHICLAYO, 06 de marzo de 2017.**

## Dedicatoria:

A nuestros padres, quienes con su esfuerzo a lo largo de todos estos años de nuestra vida nos han apoyado incondicionalmente en todos los aspectos, haciendo posible este logro.

## Agradecimientos:

A nuestros docentes que nos han guiado de la mejor manera durante nuestro proceso de formación, con mención especial a nuestro asesor, que mantuvo su apoyo y dedicación en todo momento.

## ÍNDICE

Resumen y Abstract

I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
1. Antecedentes del problema.....	8
2. Bases teórico-científicas.....	8
3. Definición de términos básicos.....	9
III. MATERIALES Y MÉTODOS	
1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	10
2. POBLACIÓN.....	10
3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	
3.1 Criterios de Inclusión.....	10
3.2 Criterios de Exclusión.....	10
4. MUESTRA Y MUESTREO .....	10
5. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN .....	10
6. PLAN DE ANÁLISIS.....	11
7. ASPECTOS ÉTICOS.....	11
8. VARIABLES.....	11
8.1 Operacionalización de variables.....	11
IV. RESULTADOS .....	15
V. DISCUSIÓN.....	16
VI. CONCLUSIONES.....	19
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
VIII. ANEXOS.....	23
1. Instrumentos de recolección de datos	
2. Tablas	

Tabla 1

Tabla 2

## Resumen y Abstract

**Objetivos:** Determinar la frecuencia y describir las características de la automedicación en pacientes con cefalea que acuden a un centro de atención primaria en Lambayeque. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal con muestreo probabilístico de tipo sistemático. Se aplicó una encuesta validada. **Resultados:** Se entrevistaron 348 pacientes. El promedio de edad fue  $59,9 \pm 14,5$  años; 158/348 (45,4%) tuvieron migraña como antecedente. La frecuencia de automedicación fue 256/348 (73,5%); 34,7% lo hacían dos semanas del mes, 67,9% 1 a 2 días de la semana. El medicamento más usado por los pacientes fue paracetamol: 174/256 (67,96%). El motivo más frecuente para no acudir al médico fue: “*Ya sé lo que recetan los médicos*”: 33,6%. No se encontró asociación entre los datos sociodemográficos y el auto medicarse. En los pacientes que acudían por primera vez a consulta, la automedicación fue mayor ( $p < 0,001$ ). Los pacientes que se automedicaban tenían menos semanas al mes y días a la semana con cefalea. **Conclusiones:** La frecuencia de automedicación en pacientes con cefalea es elevada. Los pacientes no acuden a consulta porque refieren saber lo que los médicos van a prescribirles. Los que se automedicaban tuvieron menos semanas del mes y días de la semana con cefalea.

PALABRAS CLAVE: Cefalea, automedicación, estudio transversal. (**Fuente:** DeCS BIREME).

## SUMMARY

**Objectives:** To determine the frequency and to describe the characteristics of self-prescription in patients with headache attending a primary care center in Lambayeque. **Methods:** Cross-sectional study with a systematic sampling method performed. A survey validated. **Results:** 348 patients were evaluated; mean age was  $59.9 \pm 14.5$  years; 158/348 (45.4%) had history of migraine. Frequency of self-prescription was 256/348 (73.5%); 34.7% did it two weeks per month; 67.9% did it 1-2 days per week; the most commonly used medication was paracetamol (174/256: 67.96%). The most common reason for not requesting a medical consultation was “*I know what physicians prescribe*” in 33.6%. No association between socio-demographic data and self-prescription was found. Self-prescription was higher among patients who attended the center for the first time ( $p < 0.001$ ). Patients who self-prescribed had fewer weeks per month and days per week with headache. **Conclusions:** The frequency of selfprescription is high. Patients do not seek for medical evaluation because they know what they will be prescribed. Those who self-prescribed had less time with headache.

KEYWORDS: Headache, self-medication, cross-sectional study. (**Source:** MeSH NLM).

## I. INTRODUCCIÓN

Cefalea es un problema prevalente. Afecta a personas de todas las edades y de ambos sexos (1,2). Su presencia se asocia a diversos factores como: ser de raza blanca (3), tener un bajo nivel económico, estado civil (4), presencia de síntomas somáticos (5), la presencia de comorbilidades; además aumenta el riesgo para presentar enfermedades mentales y otras condiciones de dolor (6). Para algunos, la cefalea se convierte en una condición que limita o interfiere con su calidad de vida, que afecta a las actividades profesionales, así como las relaciones sociales y afectivas (7).

En nuestro medio es un motivo muy frecuente de consulta externa. Según el Ministerio de Salud, se encuentra en el puesto 16 de las principales causas de morbilidad dentro del grupo de trastornos episódicos paroxísticos; en el año 2012 hubo en total 349 317 consultas externas a nivel nacional (8).

Otro problema de salud pública es la automedicación. En nuestro medio entre el 40 y 60% de la población se auto médica. Llanos (9), en Cajamarca en el 2001, halló una frecuencia de automedicación de 36,19% en hogares, siendo el motivo más frecuente mencionado por la población para auto medicarse “ya sé que recetan”.

La Organización Mundial de la Salud estima que el 50% de los pacientes que tienen cefalea se automedica (10); un estudio en Bogotá encontró que el 30% de la población que se automedicaban tenía como causa cefalea (11). En Latinoamérica, los pacientes con migraña, 17% consume analgésicos 2-3 veces por semana, 6% más de 3 veces por semana y 7% todos los días (7).

Mendoza (12) en el 2007, encontró que 37% de la población chiclayana que se automedicaba lo hacía por síntomas inespecíficos, entre ellas cefalea (12). Por tanto, debido a la elevada frecuencia de automedicación y cefalea, la ausencia de estudios específicos en nuestra localidad y la necesidad de la generación de evidencia para la toma de decisiones en atención primaria, se realizó este estudio. El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia y describir las características de la automedicación en pacientes con cefalea que acuden a un establecimiento de atención primaria.

## II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 1. Antecedentes del problema

López J, Dennis R, Moscoso S. Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. Colombia. 2008. Realizaron un estudio observacional, descriptivo y analítico, de corte transversal, en el que se encontró a la cefalea (30%) como una causa frecuente de la población para asistir a una droguería (11).

Schar, en Alemania, 1986, halló que la automedicación se practicó entre el 60% y 80% de los casos con algún problema de salud. (13)

Beske y Hanpft, 1986, encontraron que el 18% de los productos vendidos en las farmacias de Alemania se hizo sin prescripción médica (14).

Llanos F, Contreras C, Velázquez J, et al., 2001, realizaron un estudio transversal analítico en Cajamarca donde se encontró automedicación en 36.19% de hogares, adquiriendo alguna medicación 66.18% de ellos en una farmacia privada y El motivo más frecuente mencionado por la población para automedicarse fue: “ya sé que recetan” (41,72%). (9)

Saeed, en Arabia Saudita, 1988, encontró que el 58% de los pacientes atendidos se automedicó a causa de la trivialidad de sus síntomas o para “ahorrar” tiempo y dinero. (15)

En la India, Greenhalgh, 1987, encontró que el 64% de los pacientes compró medicamentos sin prescripción médica, variando de un 30% a un 95% de una farmacia a otra. (16)

### 2. Bases teórico-científicas

Según la OMS, las cefaleas son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Son trastornos primarios dolorosos e incapacitantes como la jaqueca o migraña, la cefalea tensional y la cefalea en brotes. También puede ser causada por muchos otros trastornos, por ejemplo, el consumo excesivo de analgésicos. (10)

La prevalencia mundial de cefalea en el último año se estima de un 47% en adultos, de los cuales la mitad o tres cuartas partes de los pacientes que se encuentran entre los 18 y 65 años han presentado un episodio de cefalea en el último año. La cefalea con presentación que dura 15 días o más afecta del 1.7% al 4% de la población adulta mundial. Independientemente de su variabilidad según regiones, las cefaleas afectan a personas de todas las edades, razas y niveles socioeconómicos, siendo un problema de salud pública a nivel mundial. (10)

Además, las cefaleas son el primer motivo neurológico de consulta para el médico de familia y neurólogo, 90% de las personas tendrán al menos un episodio de cefalea en su vida, el 25% de las personas refieren episodios recurrentes severos y 4% refiere cefalea diaria. Corresponden del 2-4% de las consultas de Urgencia. Gran repercusión



socioeconómica: gastos directos sanitarios, absentismo laboral, disminución del rendimiento. (17)

El común de la gente no considera que las cefaleas sean una enfermedad grave porque se presentan generalmente por episodios, no son mortales, ni se contagian. Las tasas bajas de consulta en los países desarrollados pueden indicar que muchos enfermos desconocen la existencia de tratamiento eficaz; se calcula que el 50% de las personas que padecen cefalea se tratan ellas mismas. (10)

Según un estudio realizado en Japón en los cuales se encuestó a farmacéuticos con respecto a su conocimiento sobre los medicamentos de venta libre para cefalea, más de la mitad de estos refirieron no tener ninguna experiencia o conocimiento alguno para poder orientar a las personas con este padecimiento. (18)

### 3. Definición de Términos Básicos

**Frecuencia de cefalea en horas:** Concierno a cada cuanta hora en un día una persona sufre su dolor de cabeza.

**Frecuencia de cefalea en días:** Concierno a la cantidad de días a la semana que una persona sufre dolor de cabeza.

**Frecuencia de cefalea en semanas:** Concierno a la cantidad de semanas en un mes que una persona sufre su dolor de cabeza.

**Automedicación:** uso de los medicamentos por parte de las personas con el propósito de tratar enfermedades o síntomas sin prescripción médica.

**Frecuencia de automedicación en días:** Concierno a la cantidad de días a la semana que una persona se automedica.

**Frecuencia de automedicación en semanas:** Concierno a la cantidad de semanas en un mes que una persona se automedica.

**Motivo de automedicación:** Refiere al motivo por el cual la persona acude a la automedicación independientemente de su dolencia.

**Tipo de fármaco usado:** Refiere al nombre y familia del fármaco usado por la persona para calmar su dolencia.

**Quién recomendó el fármaco:** Persona que recomendó el uso del fármaco para tratar dolencia.

**Número de fármacos por día:** Número de fármacos diferentes del mismo grupo farmacológico o de grupo farmacológico distinto en un día para calmar la dolencia.

**Número de consulta:** Hace referencia al número de veces que el paciente visitó al médico (Neurólogo ó Internista o Médico General) antes de la encuesta.

**Médico:** Profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente.

**Paciente nuevo:** Aquel paciente que por primera vez acude a consulta con un médico debido a su cefalea.

**Paciente continuador:** Aquel paciente que ya ha sido atendido anteriormente por un médico debido a su cefalea.

### III. MATERIALES Y MÉTODOS

1 *Diseño de estudio:* Descriptivo transversal. El estudio se realizó en el Policlínico Chiclayo-Oeste, establecimiento de atención primaria de la seguridad social en Lambayeque, Perú.

#### 2 *Población:*

**Destinataria:** Pacientes atendidos por consultorio externo de medicina general por cefalea, pertenecientes al distrito de Chiclayo en el 2015.

**Elegible:** Pacientes con cefalea que cumplían criterios de inclusión y exclusión.

#### 3 Criterios de inclusión y exclusión

3.1 *Criterios de inclusión:* Pacientes que referían cefalea como principal motivo de consulta; edad mayor a 18.

3.2 *Criterios de exclusión:* Pacientes con idioma diferente al español; paciente con déficit cognitivo que impida responder el cuestionario.

4 *Muestra y muestreo:* Muestreo probabilístico de tipo sistemático, con un salto calculado de dos personas atendidas en consultorio externo de atención primaria. Teniendo en cuenta una población de 2700 pacientes, una proporción esperada de 50% de frecuencia de automedicación en cefalea (ausencia de dato en la literatura), un nivel de confianza de 95%, una precisión del 5%, un efecto de diseño de 1 y un porcentaje de pérdidas estimadas de 10% se calculó un tamaño muestral de 370 pacientes, utilizando Epidat v.4.0. Se encuestaron 10 pacientes por día de forma interdiaria durante 3 meses. Los pacientes fueron invitados a participar una vez finalizada su evaluación con el médico, fuera del consultorio. Debido a que el policlínico Chiclayo-Oeste cuenta con 09 consultorios de medicina general funcionales, se eligieron al azar tres consultorios para realizar las encuestas.

5 *Instrumentos de medición:* Se aplicó un cuestionario elaborado en base al marco teórico y revisado por 5 expertos: Dos neurólogos, dos médicos internistas y un médico de atención primaria; contenía dos partes: 1) datos sociodemográficos del paciente y 2) cuestionario de tres preguntas abiertas y 11 preguntas de alternativa múltiple. Fue sometido a una prueba piloto y hace referencia a los últimos seis meses.

La respuesta del cuestionario tuvo una duración media de 10 minutos. Se entrevistó a los pacientes a quienes el médico de atención primaria diagnosticó cefalea. Los tres encuestadores fueron alumnos de Medicina a quienes se les explicó los objetivos del estudio y se les entrenó en la forma como hacer las preguntas.

Se definió automedicación como el tratamiento de una condición patológica verdadera o imaginaria con medicamentos, seleccionados sin supervisión médica, incluye la adquisición de medicamentos a través de farmacias o boticas, recepción de medicamentos por otras fuentes como familiares y amigos, y la utilización de sobrantes de prescripciones previas (13).

*6 Plan de análisis:* Para variables cualitativas se determinaron frecuencias absolutas y relativas, y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Para explorar asociación entre variables categóricas se usó chi cuadrado y para determinar diferencias entre promedios, la t de student. Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el software estadístico STATA versión 12.

*7 Aspectos éticos:* El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Se entregó una hoja informativa a todos los pacientes explicando las características, beneficios, riesgos y confidencialidad de los datos.

## 8 Variables

### 8.1 Operacionalización de variables

<b>NOMBRE VARIABLE</b>	<b>TIPO VARIABLE</b>	<b>ESCALA MEDICIÓN</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
EDAD	Numérica Discreta	Razón		Años
SEXO	Categórica Dicotómica	Nominal		a) Masculino b) Femenino
ESTADO CIVIL	Categórica Politómica	Nominal		a) Casado/a b) Soltero/a c) Viudo/a d) Conviviente e) Divorciado/a

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Categoría Politómica	Nominal		<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Primaria Completa</li> <li>b) Primaria Incompleta</li> <li>c) Secundaria completa</li> <li>d) Secundaria Incompleta</li> <li>e) Universidad</li> <li>f) Carrera Técnica</li> <li>g) Sin Estudios</li> </ul>
ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA	Categoría Politómica	Nominal		<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Hipertensión Arterial</li> <li>b) Diabetes Mellitus</li> <li>c) Migraña</li> <li>d) Convulsiones</li> <li>e) Otro</li> </ul>
FRECUENCIA DE CEFALEA	Numérica Discreta	Nominal	N° de episodios fuertes de cefalea en un año	
			Frecuencia de episodios en Semanas del mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) 1 semana</li> <li>b) 2 semanas</li> <li>c) 3 semanas</li> <li>d) Las 4 semanas.</li> </ul>
			Frecuencia de episodios en días de la semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) 1 a 2 días.</li> <li>b) 3 a 4 días.</li> <li>c) 5 a 6 días.</li> <li>d) Los 7 días.</li> </ul>

			Duración de cada episodio	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Menos de 6 horas.</li> <li>b) 6-11 horas.</li> <li>c) 12 a 24 horas.</li> </ul>
			Episodios en los últimos 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nunca</li> <li>b. 1 vez</li> <li>c. 2 veces</li> <li>d. Más de 2 veces</li> </ul>
FRECUENCIA AUTOMEDICACIÓN	Numérica Politómica	Nominal	Frecuencia en Semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) 1 semana</li> <li>b) 2 semanas.</li> <li>c) 3 semanas.</li> <li>d) Las 4 semanas</li> </ul>
			Frecuencia en Días	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) 1 a 2 días de los 7 días.</li> <li>b) 3 a 4 días de los 7 días.</li> <li>c) 5 a 6 días.</li> <li>d) Los 7 días.</li> </ul>
MOTIVO DE AUTOMEDICACIÓN.	Catégorica Politomica	Nominal		<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Falta de tiempo para acudir al médico.</li> <li>b) Falta de dinero para consulta.</li> <li>c) Ya sé lo que recetan.</li> <li>d) Miedo a lo que me puedan diagnosticar.</li> <li>e) Otros.</li> </ul>

TIPO DE FÁRMACO USADO.	Categoría Politómica	Nominal	1.AINE 2.OPIOIDE 3.ERGOTAMINA 4. PIRAZOLONA 5. PARACETAMOL 6. VITAMINAS	1. Ibuprofeno, Naproxeno. Diclofenaco, Ketorolaco 2. Tramadol, Zaldiar, Trilat 3. MigraDorixin, MigraTapsin, Migrax, Ergot. Kitadol 4. Antalgin 5. Paracetamol. 6. Complejo B
PERSONA QUE RECOMIENDA LOS MEDICAMENTOS	Categoría	Nominal		a) Yo mismo b) Amigo c) Familiar d) Farmacéutico e) Enfermera f) Obstetra g) Estudiante de medicina h) Otro
Nº DE FÁRMACOS POR DÍA	Categoría Politómica	Nominal		
Nº CONSULTA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES CON MÉDICO	Categoría Politómica	Nominal		a) Nunca b) 1 vez c) 2 veces d) Más de 2 veces

#### IV. RESULTADOS

Se encuestaron 348 pacientes. El promedio de edad fue de  $59,9 \pm 14,5$  años, mediana de 61, (rango: 22 a 93 años); 88,5% fueron mujeres; 158 (45,4%) refirieron migraña como antecedente, 66 (18,9%) hipertensión arterial, 49 (14%) diabetes, 5,4% migraña e hipertensión y 4,6% diabetes e hipertensión. Las características demográficas se muestran en la tabla 1; 227 (65,2%) acudieron por cefalea por primera vez y 121 (34,7%) eran continuadores. En promedio, los pacientes tuvieron  $12,2 \pm 6,9$  episodios de cefalea intensa en el último año (mediana= 12, rango: 1 – 40 episodios).

El 33,6% tuvo cefalea dos semanas al mes; 62,9% uno a dos días a la semana; el 80,4% refirieron una duración de la cefalea menor a 6 horas (Tabla 2); en los últimos seis meses, 227 (65,2%) no habían tenido episodios de cefalea.

Del total, 329/348 (94,5%) refirieron consumir alguna medicación para cefalea, de los cuales 227 (69%) sólo consumía pastillas y 12 (3,6%) sólo ampollas; en 73/348 (20,9%) era un médico quien les recetaba medicamentos.

La frecuencia de automedicación fue 256/348 (73,5%), 118 (46%) consumieron medicamentos por cuenta propia y en 138 (53,9%) se lo recomendó otra persona que no era médico. De éstos, 62 (44,9%) fue un familiar, 45 (32,6%) un personal de farmacia, 18 (5,1%) un amigo, 5 (1,44%) estudiantes de medicina, 4 (1,15%) una enfermera y 4 (1,15%) otras personas.

De los 256 pacientes que se automedicaban, 208 (81,2%) eran pacientes que por primera vez acudían a consulta externa. Ochenta y nueve (34,7%) lo hacían dos semanas del mes y 86 (33,6%) una semana del mes; 174 (67,9%) lo hacían al menos un día y 74 (28,9%) al menos tres días de la semana. El promedio de “pastillas” consumidas por paciente por día fue 1,95; mediana 2 (rango: 1-7). En un día con cefalea severa, el promedio de “pastillas” consumidas fue 5,7 y la mediana 2; 61 pacientes (23,8%) referían colocarse ampollas.

Los motivos más frecuentes por los cuales no acudían a consulta médica fueron: “*Ya sé lo que recetan los médicos*” 33,6%, “*Falta de tiempo*” 22,1%, “*falta de dinero para la consulta*” 14,9% y “*Miedo a lo que me puedan diagnosticar*” 12,9%.

El medicamento más usado fue paracetamol en 174/256 (67,96%), seguido de ibuprofeno en 58 (22,7%), ergotamina 38 (14,84%); naproxeno 17 (16,4%) y diclofenaco 12 (4,7%). La frecuencia total de consumo de antiinflamatorios no esteroideos fue 43,8%; 14 (5,4%) personas referían usar complejo B durante la cefalea.

En el análisis bivariado no se halló asociación entre la edad ( $p= 0,65$ ), sexo ( $p= 0,192$ ), grado de instrucción ( $p=0,473$ ), distrito de procedencia ( $p=0,6$ ) y el estado civil ( $p=0,42$ ) con la automedicación. Se encontró una elevada frecuencia de automedicación en los pacientes que acudían por primera vez a consulta médica 208/227 (91,6%) ( $p<0,001$ ).

Los pacientes que se automedicaban tenían menos semanas al mes con dolor ( $p= 0,004$ ), menos días a la semana con dolor ( $p=0, 045$ ) y menos consultas médicas por cefalea en los últimos seis meses ( $< 0,001$ ). No hubo diferencia en el número de horas diarias con cefalea ( $p=0,96$ ).

## V. DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró que casi tres cuartas partes de los encuestados se automedicaban, cifra superior al 50% referido por la Organización Mundial de la Salud (10), pero muy similar a los resultados del estudio de García (19) en Cuba, quien encontró que 78% del total de encuestados se automedicarían si tenían cefalea (19); esto puede deberse a una similitud en la idiosincrasia y formas de pensamiento entre países latinoamericanos. En Lima, Hermoza (20) en un estudio en usuarios de boticas y farmacias, encontró 56% de automedicación en la totalidad de usuarios.

La mayoría de pacientes fueron mujeres, hallazgo similar a dos estudios Latinoamericanos realizados en Brasil y Colombia (21,22); es sabido que las mujeres con mayor frecuencia se preocupan más por su salud y acuden más a consulta (23,24) y además con mayor frecuencia tienen cefalea (25).

El no hallar asociación entre grado de instrucción y automedicación contrasta con el estudio de Mestanza (26) en Lima, quien si halló asociación y con el de Mendoza (12) en Chiclayo, en el que las personas con mayor grado de instrucción se automedicaban con más frecuencia. Probablemente el problema es tan frecuente que se presenta en personas de todo grado de instrucción.

En el estudio de Hermoza (20), en relación con cefalea, el paracetamol (50%) y naproxeno (35,7%) fueron los fármacos más indicados (20). En nuestro estudio se encontró que el consumo de paracetamol fue algo mayor (67,96%), pero en de naproxeno fue menor (16,4%). Mendoza (12) en Chiclayo, en el 2008, encontró en pacientes que se automedicaban que el antiinflamatorio usado con más frecuencia era naproxeno (34,4%), resultado similar al encontrado en nuestro estudio. En relación a Ergotamina, no se tienen otros datos nacionales, como referencia.

Según diferentes estudios la primera causa de cefalea en atención primaria es cefalea tensional seguida de migraña (27,28). En nuestro estudio se encontró que cerca de la mitad tuvo el antecedente de migraña, que podría estar en relación con la alta frecuencia de sexo femenino y la alta prevalencia de migraña en pacientes con cefalea que es de 28% (29).

El 2,5% tenía cefalea más de 15 días del mes. El concepto de cefalea crónica diaria hace referencia al dolor de cabeza que el paciente sufre en un mínimo de 15 días al mes durante al menos 3 meses (30), por lo que dicho grupo poblacional se ajusta a la definición, debido a que el cuestionario realizado en este estudio registró los episodios de cefalea en los



últimos 6 meses. Un estudio colombiano encontró una prevalencia de cefalea crónica diaria entre 4 a 5% del total de pacientes con cefalea que se automedicaban (31).

En estos pacientes, la automedicación podría asociarse a “cefalea por abuso de medicamentos”, especialmente en los que consumen ergotamina; en este estudio la frecuencia de consumo de ergotamina fue 14,8%. Sin embargo este estudio no tuvo como objetivo determinar la prevalencia cefalea por abuso de medicamentos.

El motivo más frecuente de la falta de búsqueda de atención médica fue “ya sé lo que recetan los médicos”, resultado similar al hallado por Llanos (9) en Cajamarca; esto podría deberse a la facilidad con que se pueden adquirir estos medicamentos sin receta médica como se evidenció en el trabajo de Jara en boticas de Chiclayo (32), así como, a la información sobre el uso de analgésicos que aparece en los medios de comunicación. Esto no fue evaluado en este estudio.

Otra posibilidad son las formas de pensamiento de la población quien necesita medicamentos para sentir que ha recibido una “buena atención”. Ello podría ser motivo de un estudio cualitativo exploratorio. La elevada frecuencia de automedicación en los pacientes que acudían por primera vez a consulta (91,6%) ( $p < 0,001$ ) y la diferencia existente con el grupo de pacientes que habían acudido más de una vez a consulta, pueda deberse a la educación recibida por parte del médico en las repetidas consultas.

El que se haya encontrado asociación entre automedicación y tener menos días a la semana y menos semanas del mes con dolor, además de menos consultas médicas por cefalea en los últimos seis meses, puede deberse a la eficacia de la automedicación. Otra posibilidad es un sesgo de recuerdo.

Una limitación del estudio es que no se evaluó quienes dispensaban los medicamentos, químicos farmacéuticos de profesión o técnicos. Ese dato es muy difícil de obtener al preguntar a los pacientes. Otra limitación con un estudio descriptivo, es no poder realizar asociaciones con otras realidades.

El no contar con una población definida sólo permitió determinar la frecuencia y no la prevalencia. Un sesgo potencial es que no se evaluó si los pacientes que ya habían acudido al médico antes, se automedicaban antes del estudio. Además, la automedicación puede variar las características de la cefalea, pues puede disminuir el número de episodios por semana y el número de horas por día de dolor.

Por otra parte, trastornos tan frecuentes como depresión, ansiedad y trastornos del sueño, no fueron explorados en este estudio (6). Todas estas entidades coexisten, originan o pueden ser el resultado de la presencia de cefalea. Se reportan cifras tan altas como: 26,3%, 20,8% y 43,8% (25).

La cefalea es un problema frecuente que altera la calidad de vida y con impacto en el desempeño laboral (7). La automedicación es un problema de salud pública frecuente en nuestro medio y poco estudiada. Son necesarios mayores estudios en los factores

asociados a la presencia de automedicación, la calidad de vida de quienes se automedican, los costos derivados de esta y el impacto en el ámbito laboral.

En conclusión, la frecuencia de automedicación en pacientes con cefalea de Chiclayo es elevada. Paracetamol fue el fármaco más prescrito y el motivo más frecuente para no acudir a atención primaria fue que los pacientes sabían lo que receta el médico.

## **VI. CONCLUSIONES**

- La frecuencia de automedicación en pacientes con cefalea es elevada.
- Los pacientes no acuden a consulta porque refieren saber lo que los médicos van a prescribirles.
- Los que se automedicaban tuvieron menos semanas del mes y días de la semana con cefalea.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva FS, Sampaio MCF, Neto JC, Serva WD, Lima J, Valença MM. Prevalência de cefaléia no transcorrer da vida em uma amostra da população da região metropolitana de Recife. *Migrêneas Cefaléias*. 2005; 8:104-6.
2. Gorayeb MAM, Gorayeb R. Cefaléia associada a indicadores de transtornos de ansiedade em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto, SP. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002; 60(3-B):764-8.
3. Pahim LS, Menezes AM, Lima R. Prevalência e fatores associados à enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4):692-8.
4. Queiroz LP, Barea LM, Blank N. An epidemiological study of headache in Florianopolis, Brazil. *Cephalalgia*. 2006; 26(2):122-7.
5. Tietjen GE, Brandes JL, Digre KB, et al. High prevalence of somatic symptoms and depression in women with disabling chronic headache. *Neurology*. 2007; 68(2):134-40.
6. Saunders K, Merikangas K, Low NCP, Von Korff M, Kessler RC. Impact of comorbidity on headacherelated disability. *Neurology*. 2008; 70(7):538-47.
7. Morillo LE, Alarcon F, Aranaga N, et al. Clinical characteristics and patterns of medication use of migraineurs in Latin America from 12 cities in six countries. *Headache J Head Face Pain*. 2005; 45(2):118-26.
8. Ministerio de Salud. Principales causas de morbilidad registradas en consulta externa Perú - Año 2012. Lima, Perú: MINSa; 2013. (Citado el 8 de mayo de 2014). Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/CEMacros.asp?00>
9. Llanos LF, Contreras CE, Velásquez JE, et al. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Rev Medica Hered*. 2001; 12(4):127-33.
10. Organización Mundial de la Salud Centro de prensa [sede Web]. Washington, Estados Unidos [actualizada 2014; acceso 18 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es>
11. López JJ, Dennis R, Moscoso SM. Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2009; 11(3):432-42.

12. Mendoza L, Salvatierra G, Frisancho O. Perfil del consumidor de antiinflamatorios no esteroideos en Chiclayo y Cajamarca, Perú. *Acta Méd Peruana*. 2008; 25(4):216-9.
13. Schar M. Problems of self- medication. *Soz Praventivmed* 1986; 31|:134-6.
14. Beske, F., Hanpft, R. Status of self-medication in West Germany. *Soz Praventivmed* 1986; 31: 169-74.
15. Saeed, AA. Self-medication among primary care patients in Farazdak Clinci in Riyadh. *Soc Sci Med* 1988; 27:287-9
16. Greenhalgh T. Drug prescription and self-medication in India: an exploratory survey. *Soc Sci Med* 1987; 25:307-18.
17. KANIECKI R. Headache assessment and management. *JAMA* 2008;289:1430-1433
18. Naito Y, Ishii M, Kawana K, Sakairi Y, et al. Role o pharmacists in a community pharmacy for self-medication of patients with headache.2009. *Yukugaku Zasshi*. Jun; 129(6): 735-40.
19. García AJ, Alonso L, López P, Yera I, Ruiz AK, Blanco N. Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2009; 25(4):5-16.
20. Hermoza R, Loza C, Rodríguez D, Arellano C, Hermoza V. Automedicación en un distrito de Lima Metropolitana, Perú *Rev Med Hered*. 2016; 27:15-21.
21. Domingues RB, Kuster GW, Dutra LA, Santos JG. Headache epidemiology in Vitória, Espírito Santo. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004; 62(3):588–91.
22. Machado-Alba JE, Echeverri-Cataño LF, Londoño- Builes MJ, Moreno-Gutiérrez PA, Ochoa-Orozco SA, Ruiz-Villa JO. Social, cultural and economic factors associated with self-medication. *Biomédica*. 2014; 34(4):580-8.
23. Gómez-Gómez E. Gender, equity, and access to health services: an empirical approximation. *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 11(5-6):327-34.
24. Esquinas N, Hidalgo A, Nieto B. Diferencias según el sexo en la utilización de los servicios sanitarios. *Medifam*. 2001; 11(1):66-7.
25. Shand B, Goicochea M, Valenzuela R, Fadic R, Jensen R, Tassorelli C, Nappi G. Clinical and Demographical Characteristics of Patients with Medication Overuse Headache in Argentina and Chile: Analysis of the Latin American Section of Project. *The Journal of Headache and Pain*. 2015; 16:83.
26. Mestanza F, Pamo O. Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. *Rev Med Hered*. 1992; 3:101-108.

27. Bueno V, Hernández M, Guerrero AL, Ponce MA, Ovejero A. Estudio epidemiológico prospectivo de las cefaleas en las consultas externas de neurología de la provincia de Palencia. *Neurología*. 2000; 15:388-92.
28. Medrano V, Esquembre R, Genovés A. Headache, does it cause a health care overload in primary health care? Urban area vs rural area medical visit. *Neurología*. 2008; 23(5):269-74.
29. Delgado F, Giron J, Muñoz A, Rodríguez N. La migraña en atención primaria: revisión y actualización. *SEMERGEN*. 2000; 26(5):248-52.
30. Rivilla-Marugán L, Ramada-Soriano A, González-Rodríguez VM, Arrieta-Antón E. Cefalea crónica diaria y por abuso de analgésicos. *SEMERGEN*. 2008; 34(6):291-6.
31. Rueda-Sánchez M. Medication overuse in Bucaramanga, Colombia: Prevalence and associated factors. *Acta Neurológica Colomb*. 2013; 29(1):20-6.
32. Jara-Romero L, Camizán-Cunias A, Cornejo-Atoche D, et al. Alteraciones en la dispensación de medicamentos en las boticas del distrito de Chiclayo. *Rev Cuerpo Méd HNAAA*. 2012; 5(1):26-9.

## VIII. ANEXOS

### ANEXO N° 1

#### 1. Instrumentos de recolección de datos

**Estudio de Investigación: “Frecuencia y características de automedicación en pacientes con cefalea que acuden al Centro de Salud Policlínico Chiclayo Oeste en el período Julio 2015-Setiembre 2015”**

#### I. Datos sociodemográficos:

Edad: .....

Sexo: M ( ) F ( )

#### Grado de instrucción:

Primaria Completa  Primaria Incompleta  Secundaria Completa  Secundaria Incompleta  Universidad ó Carrera Técnica Completa  Universidad ó Carrera Técnica Incompleta  Sin Estudios

**Lugar de procedencia (Distrito):** .....

#### Estado civil:

Casado/a  Soltero/a  Viudo/a  Conviviente  Divorciado/a

**Antecedentes de importancia:** Migraña  Convulsiones  Hipertensión Arterial  Diabetes Mellitus  Otra  .....

**Paciente nuevo:** ( ) **Continuador :** ( )

**En el caso sea continuador, preguntar antes de empezar su consulta por el primer médico que lo atendió.**

**II. Cuestionario:**

- 2) En el último año, ¿Cuántas veces ha tenido fuertes dolores de cabeza?  
.....
- 3) De las 4 semanas que tiene un mes ¿Cuántas semanas tiene dolor de cabeza?
- a. 1 semana.
  - b. 2 semanas.
  - c. 3 semanas.
  - d. Las 4 semanas.
- 4) Actualmente, de los 7 días de la semana, ¿Cuántos días tiene dolor de cabeza?
- a. 1 a 2 días.
  - b. 3 a 4 días.
  - c. 5 a 6 días.
  - d. Los 7 días.
- 5) En el día que tiene dolor de cabeza, ¿Cuántas horas le dura este dolor?
- a. Menos de 6 horas de las 24 horas.
  - b. 6-11 horas de las 24 horas.
  - c. 12 a 24 horas de las 24 horas.
- 6) En los últimos 6 meses, ¿Cuántas veces ha acudido al médico para consultar por dolor de cabeza?
- a. Nunca



- b. 1 vez
  - c. 2 veces
  - d. Más de 2 veces
- 7) Cuando usted tiene dolores de cabeza, ¿Toma pastillas o se coloca ampollas para calmar el dolor?
- Si ( ) No ( )

**Si la respuesta es SÍ, continúe con las siguientes preguntas, de lo contrario, no continúe haciendo preguntas.**

- 8) ¿Qué es lo que consume más?:
- Sólo pastillas ( ) Sólo ampollas ( ) Ambos por igual ( ) Más pastillas que ampollas ( ) Más ampollas que pastillas ( )
- 9) Las pastillas/ampollas que usted usa, ¿Son indicadas por otra persona o usted mismo se las receta?
- a. Yo mismo me las receto ( ) b. Una persona que no es médico me las receta ( )

**La siguiente pregunta se responde si alguna otra persona, que no es médico le receta medicinas.**

- 10) ¿Qué persona es la que a usted le receta los medicamentos para el dolor de cabeza?
- a. Amigo b. Familiar c. Farmacéutico d. Enfermera e. Obstetra
- f. Estudiante de Medicina g. Otro

**Las siguientes preguntas se responden si el paciente se automedica:**

- 11) De las 4 semanas que tiene un mes ¿Cuántas semanas consume pastillas/ampollas para tratar su dolor de cabeza?

- a. 1 semana.
- b. 2 semanas.
- c. 3 semanas.
- d. Las 4 semanas

12) De los 7 días de la semana, ¿Cuántos días consume pastillas/ampollas para tratar su dolor de cabeza?

- a. 1 a 2 días.
- b. 3 a 4 días.
- c. 5 a 6 días.
- d. Los 7 días.

13) 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? .....

14) En un día en el que tenga mucho dolor de cabeza, ¿Cuántas ampollas ha llegado a colocarse? .....

15) De los siguientes nombres de pastillas cual es la usted mas usa para el dolor de cabeza:

Paracetamol	( )	MigraDorixin	( )
Ibuprofeno	( )	MigraTapsin	( )
Naproxeno	( )	Migrax	( )
Diclofenaco	( )	Ergot	( )
Ketorolaco	( )	Kitadol	( )
Tramadol	( )	Antalgina	( )
Zaldiar / Trilat	( )	Complejo B	( )

**La siguiente pregunta es para los pacientes nuevos:**

16) Cual 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	( )

**LISTA DE TABLAS**

Tabla 1.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas en el total de participantes

	<b>Automedicación</b>		<b>No Automedicación</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>X</b>	<b>DE</b>	<b>X</b>	<b>DE</b>	<b>X</b>	<b>DE</b>	
<b>Edad</b>	59,7	14,9	60,5	13,4	59,9	14,5	0,65
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Sexo</b>							
<b>Femenino</b>	230	89,8	26	10,1	308	88,5	0,192
<b>Grado de instrucción</b>							

Secundaria completa	107	41,8	45	48,9	152	43,6	
Superior completa *	61	23,8	22	23,9	83	23,8	
Secundaria incompleta	27	10,6	6	6,5	33	9,5	0,49
Sin estudios	7	2,7	4	4,4	11	3,16	
Superior incompleta	8	3,13	0	--	8	2,3	
Primaria completa	35	13,67	12	13,04	47	37,5	
Primaria incompleta	11	4,3	3	3,2	14	4,02	
<b>Distrito de procedencia</b>							
Chiclayo	205	80,08	78	84,8	283	81,3	
Pimentel	18	7,03	4	4,35	22	6,3	
Pomalca	7	7,3	1	1,09	8	2,3	0,6
Reque	5	1,95	2	2,1	7	2,01	
Tumán	4	1,56	2	2,2	6	1,72	
Monsefú	6	2,34	0	--	6	1,72	
Otros	11	6,3	5	5,4	16	4,59	
<b>Estado civil</b>							
Casado/a	148	57,8	61	66,3	209	60,06	
Viudo/a	54	21,1	16	17,4	70	20,1	
Divorciado/a	28	10,9	5	5,4	33	9,5	0,42
Soltero/a	15	5,86	7	7,6	22	6,3	
Conviviente	11	4,3	3	3,3			
<b>Tipo de Paciente**</b>							
Nuevo	208	91,6	19	8,37	227	65,2	<0,001

Continuador	48	39,4	73	60,33	121	34,8
-------------	----	------	----	-------	-----	------

\*Universidad o carrera técnica completa; \*\* nuevo: primera consulta; continuador: dos o más consultas

Tabla 2.

**Tabla 2.** Distribución de la frecuencia y presentación de los episodios de cefalea

	Automedicació n		No Automedicació n		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
<b>Semanas del mes con cefalea</b>							
Cuatro semanas	39	15,23	30	32,6	69	19,8	
Tres semanas	46	17,98	15	16,3	61	17,5	0,004
Una semana	76	29,7	25	27,1	71	29,0	
Dos semanas	95	37,1	22	23,9	117	33,6	
<b>Días a la semana con cefalea</b>							
Siete	5	1,95	4	4,33	9	2,59	
Cinco a seis	8	3,1	8	8,7	16	4,6	0,045
Tres a cuatro	74	28,9	30	32,6	104	24,9	
Uno a dos	169	66,0	50	54,35	219	62,9	
<b>Horas/día con cefalea</b>							
Doce a 24 horas	21	8,2	6	6,5	27	7,8	
Seis a 11 horas	30	11,72	11	11,96	41	11,8	0,94

---

Menos de 6 horas	205	80,08	75	81,5	280	80,4	
<b>Consultas médicas en últimos 6 meses</b>							
Más de 2 veces	8	13,3	52	56,5	60	17,2	
Dos veces	17	6,64	11	11,9	28	8,05	< 0,001
Una vez	23	8,9	10	10,8	33	9,5	
Nunca	208	81,25	19	20,6	227	65,2	

---