

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FARMACIA



“Análisis del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que sufren de migraña crónica debido al consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos, para la optimización de la atención farmacéutica, durante el periodo de enero a junio de 2024”

Nombre del sustentante:

Maryangel Solano Oviedo

Tutor:

Dr. Dennis Valverde Cruz

Año 2024

Modalidad de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Farmacia

I. Resumen

La intervención farmacéutica en el tratamiento de los pacientes es una de las acciones esenciales realizadas por la persona regente farmacéutica en la toma de decisiones sobre la terapia y la evolución de resultados de quienes son diagnosticados con una patología en específico. El desarrollo de un seguimiento farmacoterapéutico permite al regente a cargo asumir una perspectiva sobre la situación actual del usuario.

La cefalea por uso excesivo de medicamentos es una condición neurológica descrita por primera vez en 1934, por William G. Lennox. En 1951, Peter y Horton observaron el mismo fenómeno mientras estudiaban a 52 pacientes tratados con ese medicamento. Notaron que, al suspenderlo, la sintomatología mejoraba. En la década de los años 80, estudios adicionales revelaron que las cefaleas pueden ser desencadenadas por el uso de analgésicos simples o combinados. Fue entonces cuando Rapoport acuñó el término "cefalea de rebote por analgésicos"⁴⁹.

Se calcula que la prevalencia mundial de la cefalea (al menos una vez en el último año) en los adultos es de aproximadamente 50%. Entre la mitad y las tres cuartas partes de los adultos de 18 a 65 años han sufrido una cefalea en el último año, y el 30% o más de este grupo ha padecido migraña. La cefalea que se presenta durante 15 días o más, cada mes afecta de un 1,7% a un 4% de la población adulta del mundo. En Costa Rica, alrededor de 35287.96 mujeres y 28045.58 presentan cefalea diariamente⁵.

Esta patología es una enfermedad que requiere un enfoque certero para manejarse correctamente en la terapia, donde el personal farmacéutico tiene un papel fundamental dentro del tratamiento de salud, ya que es el encargado de cumplir con la calidad, seguridad y eficacia de los fármacos consumidos por los pacientes. Lo anterior para evitar interacciones medicamentosas, polimedición inadecuada, dosis ineficaces y, de esta manera, disminuir los efectos adversos desarrollados en la evolución de la terapia.

Por esta razón, se plantea como objetivo general de la investigación: analizar el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que

presenten migraña crónica causada por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos en un periodo de enero a junio de 2024.

La investigación es planteada como descriptiva, ya que se recopila información sobre el conocimiento y manejo que hacen los regentes del Hospital Metropolitano frente a migrañas crónicas por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos, basándose en la experiencia de los profesionales que serán entrevistados.⁵³

De esta forma, se utilizan tres niveles de evidencia para obtener resultados: en el primer nivel se encuentra una búsqueda de la literatura sobre los analgésicos y fármacos antimigrañosos más utilizados a nivel mundial y en Costa Rica. Por parte de los entrevistados se suministra información sobre los fármacos con más rotación, de esta categoría, utilizados por los pacientes ambulatorios. En el segundo nivel, de la misma manera, se obtiene información de las entrevistas realizadas a los profesionales en farmacia sobre el seguimiento farmacoterapéutico emitido por los regentes del Hospital Metropolitano, según abordaje, diagnóstico y tratamiento que estos consideran para la patología en estudio. Por último, al evaluar estas prácticas se determinaron áreas de mejora para perfeccionar y optimizar la atención farmacéutica brindada, así como para establecer el seguimiento farmacoterapéutico.

De lo anterior, se obtiene que Costa Rica ha tenido un aumento en los distintos grupos de analgésicos en comparación a años anteriores; eso se ve reflejado el uso, por parte de los pacientes, de principios activos como Dexketoprofeno y Paracetamol, así mismo, la implementación de antimigrañosos como ergotaminas y triptanes, todos de uso frecuente de los pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano. Además, se destaca el seguimiento farmacoterapéutico realizado por los regentes farmacéuticos, para determinar su efectividad y establecer áreas de mejora.

De lo anterior se concluye que los analgésicos y fármacos antimigrañosos son de uso predominante en la actualidad, además, que el seguimiento farmacoterapéutico es incompleto, lo que incentiva mejoras que garanticen optimizar la atención.

Para finalizar, con los datos obtenidos se permite contestar la premisa inicial que motivó esta investigación: ¿Cuál es la efectividad del seguimiento farmacoterapéutico en

pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que sufren de migraña crónica debido al consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos, para la optimización de la atención farmacéutica, durante el periodo de enero a junio de 2024? El seguimiento farmacoterapéutico tiene como fin observar los beneficios de una buena terapia, luego de aplicar un tratamiento a un diagnóstico dado, e implica seguir una serie de etapas que describirán el panorama del paciente para ser estudiado y categorizado. En esta investigación se evidencia que la efectividad del seguimiento es relativamente baja, por falta de formación y conocimiento por parte de los regentes farmacéuticos, lo que fomenta una práctica de atención farmacéutica débil y poco positiva para este grupo de pacientes.

II. Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a Dios, por ser un Padre fiel y bueno, por nunca abandonarme y siempre ponerme personas extraordinarias en el camino. Le agradezco permitirme cumplir este gran objetivo; sin su fortaleza y respaldo esto hoy no sería posible: un gran sueño cumplido y una meta más lograda. Estoy completamente convencida hoy de que eres la mano que me sostuvo en todo este proceso y nunca me fallas.

A mis padres; no tengo palabras para agradecerles por ser siempre mi apoyo emocional e incondicional en el transcurso de estos años de carrera. Les agradezco por darme la oportunidad de ser una profesional y confiar en mí. Les agradezco haber formado mi carácter y corazón; gracias a ustedes soy la persona de hoy; siempre estaré orgullosa de ser su hija.

A mi abuela Rut; a mis tías, Rebeca y Raquel, por siempre apoyarme expresándome su orgullo hacia mi persona y por ser un apoyo incondicional.

A Jean Carlos, por ser quien me escucha y motiva cada día; por enseñarme a ser paciente en todos estos años y el proceso de tesis; por siempre estar orgulloso de mí y ser mi compañero fiel.

Les agradezco a mis hermanas, Marypaz y Victoria, por acompañarme en este proceso y ser quienes me cuidan siempre.

A mis amigas, Rachell Vargas, Nicole Delgado, Valeria Vargas y Paula Rosales, por ser mi fortaleza y apoyo incondicional. Les agradezco cada detalle y tiempo compartido; atesorare en mi corazón cada momento vivido, casa risa y lagrimada durante estos años de carrera; ustedes son personas mágicas llenas de luz y amor.

Agradezco a Andrea Rojas, por ser mi paño de lágrimas en muchos momentos; por cada risa y tardes de café que tuvimos en la fotocopidora; por hacerme sentir en casa cuando me encontraba sola en San José.

A Priscila Cannesa, Óscar Gómez y Douglas Vivas por abrirme las puertas de su casa y hacerme parte de su familia.

A mis profesores de la carrera de Farmacia; gracias por su paciencia, tiempo y dedicación para impartirme sus conocimientos y formar una profesional de bien. Gracias a su instrucción y aportes que fueron valiosos e importantes para mí.

Un agradecimiento especial a la directora de carrera, Marcela Chaves, quien me enseñó que los buenos resultados vienen acompañados de procesos, y que todo siempre obra para bien; agradezco su dedicación como profesora y su gran desempeño para formar profesionales exitosos.

A mi tutor, Dennis Valverde, que no me soltó en todo este proceso y fue mi mayor guía; por ser paciente y enseñarme a sobrellevar las cosas; por impulsarme a ser un gran profesional y sobre todo, a dar mi mayor esfuerzo

A mis compañeros de trabajo, por tenerme paciencia y siempre estar a disposición de lo que necesitara; en especial, a la Dra. Cristina Vilchez, quien me ha hecho creer en mí misma y ser una mejor profesional; sobre todo, por extenderme su mano amiga en cada momento.

A mis personas mágicas; por ser mi apoyo, mi motivación y siempre respaldarme en cada decisión durante este proceso.

Para finalizar, agradezco a cada persona que puso su granito para que esto fuera posible, siendo un pilar de apoyo y enseñándome que soy bendecida. Cada persona mencionada en este apartado cumple un papel importante en mi corazón, y ahí estarán siempre.

III. Dedicatoria

Le dedico esta tesis en primer lugar Dios, por ser mi Padre fiel, por demostrarme su amor, bondad y fidelidad inagotable e imparable.

Luego a mis padres y hermanas, quienes han sido mi mayor apoyo; nunca me dejaron y siempre me motivaron a dar lo mejor.

*Este logro se lo dedico a cada uno de ustedes, pues sin su apoyo no sería posible.
¡Los amo con todo mi corazón!*

IV. Tabla de contenidos

I. Resumen	III
II. Agradecimientos	VI
III. Dedicatoria	VIII
IV. Tabla de contenidos	IX
V. Lista de tablas	XVI
VI. Lista de figuras.....	XIX
VI. Lista de abreviaturas	XX
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	21
1.1 Introducción:	22
1.2 Planteamiento del problema.....	23
1.3 Objetivos	26
1.3.1 Objetivo general.....	26
1.3.1 Objetivos específicos	26
1.4 Justificación	27
1.5 Antecedentes	31
1.5.1 Antecedentes históricos.....	31
1.5.2 Antecedentes internacionales	32

1.5.1.1 América	32
1.5.2.2 Europa	34
1.5.3 Antecedentes Nacionales	36
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	40
2.1 La farmacia	41
2.2 Rol del farmacéutico	41
2.3 Atención farmacéutica general.....	43
2.4 Atención farmacéutica en distintos países	46
2.4.1 Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico en el contexto de España	46
2.4.2 Servicio farmacéutico y seguimiento farmacoterapéutico en el contexto de Colombia.....	47
2.5 Atención farmacéutica en Costa Rica	48
2.6 Responsabilidad del farmacéutico	49
2.7 Educación al paciente.....	50
2.8 Seguimiento farmacoterapéutico.....	51
2.9 Problemas relacionados con los medicamentos	52
2.10 Clasificación de los problemas relacionados con medicamentos	53
2.11 Cefalea.....	56
2.12 Criterios básicos para el diagnóstico de una cefalea.....	57

2.13 Fisiopatología de la cefalea.....	58
2.14 Causas más comunes para desarrollar una cefalea.....	60
2.15 Prevalencia de la cefalea en Costa Rica.....	61
2.16 Clasificación de las cefaleas	62
2.17 Cefaleas primarias.....	63
2.17.1 Migraña.....	63
2.17.1.1 Migraña sin aura	64
2.17.1.2 Migraña con aura	65
2.17.1.3 Migraña crónica	66
2.17.2 Cefalea tipo tensional.....	67
2.17.2.1 Cefalea episódica infrecuente de tipo tensional.....	68
2.17.2.2 Cefalea episódica frecuente de tipo tensional.....	69
2.17.2.3 Cefalea crónica de tipo tensional	69
2.17.3 Cefaleas trigémino-autonómicas	70
2.17.3.1 Cefalea en racimos.....	70
2.17.3.2 Cefalea en racimos crónica	71
2.14 Manejo profiláctico y sintomático de las cefaleas primarias.....	72
2.18 Cefalea secundaria	73
2.18.1 Cefalea atribuida a administración o supresión de una sustancia	73

2.19 Migraña por abuso de medicamentos.....	74
2.19.1 Epidemiología.....	75
2.19.2 Características clínicas.....	76
2.19.3 Fitopatología.....	77
2.19.4 Abuso de medicación durante episodios de cefalea.....	78
2.19.5 Fármacos de abuso utilizados durante la sintomatología.....	78
2.19.5.1 Consumo excesivo de triptanes.....	80
2.19.5.2 Consumo excesivo de opioides.....	81
2.19.5.3 Consumo excesivo de analgésicos.....	82
2.19.5.4 Consumo excesivo de ergóticos.....	83
2.20 Criterios de diagnóstico para la cefalea por consumo de medicamentos..	84
2.21 Seguimiento farmacoterapéutico empleado en los pacientes.....	86
2.21.1 Información al paciente.....	87
2.21.2 Anulación y desintoxicación de la mediación de abuso.....	87
2.21.3 Tratamiento por supresión de medicamentos.....	89
2.21.4 Tratamiento profiláctico.....	89
2.22 Evolución de la patología.....	91
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	93
3.1 Enfoque metodológico.....	94

3.2 Tipos de investigación.....	96
3.3 Participantes del estudio.....	97
3.4 Población y muestra	98
3.4 Fuentes de información.....	99
3.4.1 Fuentes primarias	99
3.4.2 Fuentes secundarias	100
3.4.3 Fuentes terciarias	100
3.5 Criterios de búsqueda.....	100
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	103
3.5 Técnica de recolección de datos.....	104
3.5.1 Revisión documental.....	104
3.5.2 Entrevista a profundidad	104
3.6 Tratamiento de datos	107
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	110
4.1 Identificar los analgésicos y fármacos antimigrañosos más utilizados por los pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que padecen de migraña crónica... 112	
4.1.2 Identificación de los analgésicos más utilizados según la literatura.....	112
4.1.3 Analgésicos más utilizados en Costa Ricas	114
4.1.4 Identificación de analgésicos más utilizados por los pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano	116

4.2 Evaluar las prácticas actuales de seguimiento farmacoterapéutico llevadas a cabo por los regentes farmacéuticos del Hospital Metropolitano en el manejo de la migraña crónica y cefaleas en pacientes ambulatorios.	121
4.2.1 Ofrecimiento o explicación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico	123
4.2.3 Análisis de situación del seguimiento farmacoterapéutico	125
4.2.4 Plan de acción y evolución de la patología.....	137
4.2.4.1 Abordaje y tratamiento implementado por los regentes farmacéuticos	137
4.3 Determinar áreas de mejora en las prácticas de seguimiento farmacoterapéutico para pacientes con migraña crónica causada por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos.	142
4.3.1 Responsabilidad del farmacéutico en la predominancia del uso excesivo de medicamentos	142
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	155
5.1 Conclusiones	156
5.1.1 Identificar los analgésicos y fármacos antimigrañosos más utilizados por los pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que padecen de migraña crónica.....	156
5.1.2 Evaluar las prácticas actuales de seguimiento farmacoterapéutico llevadas a cabo por los regentes farmacéuticos del Hospital Metropolitano en el manejo de la migraña crónica y cefaleas en pacientes ambulatorios.	156
5.1.3 Determinar áreas de mejora en las prácticas de seguimiento farmacoterapéutico para pacientes con migraña crónica causada por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos.	157

5.2 Recomendaciones.....	160
5.2.1 Recomendación a los regentes del Hospital Metropolitano:.....	160
5.2.2 Recomendaciones al Colegio de Farmacéuticos.....	161
5.2.3 Recomendaciones al Hospital Metropolitano	161
5.3.4 Recomendaciones para investigaciones futuras.....	161
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	162
CAPÍTULO V: ANEXOS	170

V. Lista de tablas

Tabla 1 Clasificación de problemas relacionados con medicamentos por Cipolle y otros...	53
Tabla 2 Clasificación de resultados negativos asociados a la medicación.....	55
Tabla 3 Criterios de diagnóstico para una cefalea	57
Tabla 4 Clasificación de la cefalea según tipos	62
Tabla 5 Criterios de diagnóstico de la migraña sin aura	64
Tabla 6. Criterios de diagnóstico de la migraña con aura	65
Tabla 7 Tipos de Aura	66
Tabla 8 Criterios de diagnóstico de la migraña crónica.....	67
Tabla 9 Criterios de diagnóstico para la cefalea episódica infrecuente de tipo tensional.....	68
Tabla 10 Criterios de diagnóstico para la cefalea crónica de tipo tensional	69
Tabla 11 Criterios de diagnóstico para la cefalea en racimos	70
Tabla 12 Criterios de diagnóstico para la cefalea en racimos crónica	71
Tabla 13 Fármacos profilácticos y sintomáticos para el manejo de cefaleas primarias	72
Tabla 14 Manejo farmacológico de las cefaleas primarias según tipo.....	72
Tabla 15. Criterios diagnósticos para la cefalea por abuso de medicación sintomática según ICHD-III beta.....	85
Tabla 16. Dosis de fármacos necesarias para diagnosticar una cefalea por abuso de medicamentos.....	86
Tabla 17 Dosis diarias recomendadas de los principales tratamientos preventivos.....	90

Tabla 18 Criterios de búsqueda utilizados, según objetivos	101
Tabla 19 Criterios de inclusión y exclusión para la selección de los artículos	103
Tabla 20 Profesionales que participaron de la entrevista.....	105
Tabla 21 Profesionales que colaboraron en la validación de la entrevista.....	106
Tabla 22 Categorías de análisis.....	108
Tabla 23 Percepción de los regentes del hospital metropolitano respecto a los analgésicos más solicitados por los pacientes ambulatorios en la farmacia según marca comercial	116
Tabla 24 Percepción de los regentes del Hospital Metropolitano respecto a los antimigrañosos más solicitados por los pacientes ambulatorios en la farmacia según marca comercial.....	119
Tabla 25 En su recorrido laboral ¿ha realizado seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes que se han consultado sobre una crisis migrañosa?	124
Tabla 26 Según su experiencia como regente farmacéutico ¿cómo debería ser el abordaje y tratamiento para un paciente que presenta cefalea común?	127
Tabla 27 Manejo farmacológico de las cefaleas primarias según tipo.....	130
Tabla 28 Tratamiento farmacoterapéutico de los entrevistados frente a cefaleas comunes	131
Tabla 29 Tipos de cefaleas identificadas.....	133
Tabla 30 ¿Conoce lo que es una cefalea por consumo de medicamentos? ¿Cómo la definiría?	134
Tabla 31 ¿Cuáles considera que son los criterios que diferencian a una cefalea común de una cefalea por consumo excesivo de medicamentos?.....	135
Tabla 32 Abordaje inicial de cada entrevistado frente a una cefalea por consumo de medicamentos	137

Tabla 33 ¿Cuáles considera usted que son las áreas de mejora de un regente al realizar seguimiento fármaco terapéutico de pacientes con migraña crónica causada por el consumo de analgésico y fármacos antimigrañosos en exceso? 148

Tabla 34 Perspectiva de los regentes farmacéuticos sobre si la cefalea por el uso excesivo de medicamentos es un problema predominante en la actualidad del cual el farmacéutico es responsable..... 150

Tabla 35 Tomando en cuenta las áreas de mejora ¿cuáles acciones considera que se deberían implementar para mejorar el seguimiento farmacoterapéutico de parte de los regentes? ¿Qué tan relevante es que el farmacéutico tenga conocimiento sobre el manejo y de la cefalea por consumo excesivo de medicamentos? 151

VI. Lista de figuras

Figura 1. Atención farmacéutica en contexto de España y Colombia	48
Figura 2 Fases del seguimiento farmacoterapéutico	52
Figura 3 Fisiopatología de la cefalea	59
Figura 4. Triptanes aprobados por la FDA para el tratamiento de migrañas	80
Figura 5 Etapas del proceso de investigación	107
Figura 6 Analgésicos más utilizados para el dolor, según la literatura	113
Figura 7 Cantidad de uso de AINE en Costa Rica en 2005	115
Figura 8 Esquema del proceso del seguimiento farmacoterapéutico	122
Figura 9 Consultas farmacéuticas de cefalea en un rango de 24 horas.....	123
Figura 10 Pasos del seguimiento farmacoterapéutico adecuado de pacientes con CUEM.	141
Figura 11 Perspectiva de los farmacéuticos sobre la predominancia de la cefalea por consumo de medicamentos.....	143
Figura 12 Perspectiva sobre si es responsabilidad del farmacéutico el auge de esta patología	143
Figura 13 ¿Considera usted que cuenta con las herramientas necesarias (guías, cursos, artículos) para realizar un seguimiento farmacoterapéutico eficaz que le permita tratar a un paciente con cefalea por el uso excesivo de medicamentos?.....	146

VI. Lista de abreviaturas

PRM: Problema relacionado con medicamento

RNM: Resultado negativo de la medicación

SFT: Seguimiento farmacoterapéutico

ICHD: International Classification of Headache Disorders

CAM: Cefalea por abuso de medicación

CUEM: Cefalea por consumo excesivo de medicamento

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción:

La farmacia es el establecimiento dedicado a la comercialización de especialidades farmacéuticas, incluyendo aquellas que contengan estupefacientes y psicotrópicos, insumos para la salud en general, así como productos cosméticos y productos de aseo. Los servicios que proporciona una farmacia han evolucionado con el tiempo de forma notable. En los inicios las funciones de las farmacias era la de preparar, elaborar y dispensar los medicamentos requeridos por los pacientes, así como informarles sobre su uso y administración correcta¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera la atención farmacéutica como el papel que el farmacéutico debe ejercer en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud, junto con el resto de los profesionales de la salud. Así, en el Informe de Tokio en el año 1993, la OMS afirma que la atención farmacéutica es un compendio de práctica profesional, en el cual el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico y reconoce que esta atención farmacéutica es el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente¹.

La OMS ha diseñado distintas alternativas para que el farmacéutico tenga un desarrollo apropiado dentro de los sistemas de salud, donde los usuarios opten por seguir las recomendaciones y así disminuir el consumo excesivo de medicamentos y a la vez, las consecuencias graves que atentan con la integridad y la calidad de vida de las personas².

En relación con lo antes mencionado, el 52% de la población mundial se ve afectada por cefaleas cada año, alrededor del 5% sufre malestar por más de 15 días al mes y el 14% de ellas son clasificadas como migrañas. A nivel nacional, al menos unas 30 mil personas sufren diariamente distintos tipos de cefaleas.

Existe una cantidad relevante de usuarios que padecen cefaleas por el consumo excesivo de medicamentos; suele verse más afectada la población femenina que la masculina. La cefalea por consumo excesivo de medicación es una cefalea secundaria a causa del inadecuado uso de analgesia para tratar cefaleas primarias, esta se encuentra dentro de las 20 primeras causas de incapacidad a nivel mundial y afecta al 1% de la población general².

Cuando pacientes con antecedentes como la migraña o cefalea se exceden en el uso de analgésicos para tratar sus crisis de cefalea, a menudo resulta un aumento en el desarrollo de estas crisis; con una cefalea diaria o casi diaria, esta resulta indistinguible al dolor de su cefalea original o de base, y que, al ser refractario a la analgesia, provoca que, conforme aumentan los días de cefalea, aumenten también los días de uso de analgésicos y se genere un ciclo continuo que provoca gran frustración².

La evidencia indica que los profesionales farmacéuticos, al lidiar con dolor en su consulta, diagnostican menos la cefalea por abuso de medicación, en comparación con médicos especializados en neurología; lo anterior resulta significativo para justificar la necesidad de un conocimiento más amplio dentro de los profesionales en el área farmacéutica de atención primaria, debido a la importante prevalencia y morbilidad, así como lo incapacitante que puede resultar este padecimiento. Debido a lo anterior, los farmacéuticos deben dedicar tiempo para determinar y discutir con el paciente sobre la frecuencia en el uso de analgésicos para sus episodios de cefalea, independientemente de si caen dentro del diagnóstico de abuso o no².

La supresión inicial y el control posterior de la medicación analgésica, la inclusión y adherencia de un tratamiento preventivo para la cefalea primaria y la educación constante del paciente, constituyen los pilares de tratamiento.

1.2 Planteamiento del problema

La cefalea es uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Se estima que casi la mitad de los adultos han sufrido al menos un dolor de cabeza durante el último año. Se caracteriza por dolores de cabeza recurrentes; se asocia con aspectos personales y sociales

como dolor, discapacidad, reducción de la calidad de vida y pérdidas económicas. En todo el mundo, solo una pequeña proporción de personas con dolores de cabeza reciben un diagnóstico correcto y desafortunadamente el dolor de cabeza se subestima, se malinterpreta y no se trata lo suficiente³.

La cefalea se ha convertido en una consulta común en el mostrador de los establecimientos farmacéuticos, donde, en ocasiones, no se pide el asesoramiento del especialista a cargo, sino que se trata bajo el mismo conocimiento de los usuarios, lo que incrementa el porcentaje de efectos secundarios y atenta contra la calidad de vida de ellos mismos³.

La cefalea por abuso de analgésicos es una condición endémica y una de las principales causas de incapacidad a nivel mundial. Dentro de esta prevalencia de 1% ya mencionada se han encontrado diferencias según el sexo; las mujeres son cuatro veces más propensas a desarrollarla en comparación con los hombres, con una prevalencia máxima entre los 40 y 50 años. Es entonces una problemática tanto médica como social y económica dentro de los sistemas de salud. A pesar de las variaciones regionales, las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas⁴.

Dentro de los pacientes con cefalea como diagnóstico de base, algunos estudios han encontrado una mayor tendencia al uso de analgésicos y fármacos antimigrañosos sobre otros medicamentos, probablemente por la tendencia a la automedicación que existe dentro de este grupo de pacientes. Además, algunas otras cefaleas de prevalencia común, como la migraña, tienen una relación particular con la medicación analgésica, debido a que los pacientes responden de diferentes maneras a la medicación de rescate; específicamente, esta falta de respuesta aunada o como consecuencia del uso inapropiado y abusivo de la medicación, paradójicamente lleva a un aumento en la frecuencia de uso por períodos prolongados⁴.

Se han realizado estudios que demuestran la existencia de ciertas patologías causadas por el abuso de analgésicos y fármacos antimigrañosos, así como la cefalea de rebote, lo cual apunta a la resolución de la pregunta de investigación: ¿Cuál es la efectividad del seguimiento

farmacoterapéutico en pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que sufren de migraña crónica debido al consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos, para la optimización de la atención farmacéutica, durante el periodo de enero a junio de 2024?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que presenten migraña crónica causada por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos en un periodo de enero a junio de 2024.

1.3.1 Objetivos específicos

1. Identificar los analgésicos y fármacos antimigrañosos más utilizados por los pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que padecen de migraña crónica.
2. Evaluar las prácticas actuales de seguimiento farmacoterapéutico llevadas a cabo por los regentes farmacéuticos del Hospital Metropolitano en el manejo de la migraña crónica y cefaleas en pacientes ambulatorios.
3. Determinar áreas de mejora en las prácticas de seguimiento farmacoterapéutico para pacientes con migraña crónica causada por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos.

1.4 Justificación

Las actividades farmacéuticas se orientan a servir a la población en torno a sus necesidades de tratamientos farmacológicos, en busca del uso racional de medicamentos y otros productos de interés sanitario. La implementación de servicios de atención farmacéutica es necesaria, pues permite monitorear de forma responsable las terapias farmacológicas de los pacientes, debido a que se evitan, previenen y se solucionan los PRM y, por lo tanto, problemas de salud. Adicionalmente, es común que los PRM se atribuyan a reacciones adversas de los medicamentos (RAM), las cuales pueden ser identificadas por los farmacéuticos y ofrecer una oportunidad de mejora en el tratamiento⁵.

La cefalea es una de las principales causas de consulta farmacéutica general de atención ambulatoria, por lo cual, todo médico debería saber enfrentarlas, en cuanto a un manejo inicial adecuado o su derivación oportuna. La cefalea, por ser un síntoma de muchas enfermedades tanto neurológicas como sistémicas, ha sido muy difícil de clasificar u ordenar para una mejor sistematización y manejo⁵.

La cefalea no solo es dolorosa sino también incapacitante. En el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, actualizado en 2013, la migraña por sí sola representó la sexta causa mundial de los años perdidos por discapacidad. Colectivamente, las cefaleas fueron la tercera causa⁶.

Las cefaleas imponen, además, una carga personal bajo la forma de intenso sufrimiento, menoscabo de la calidad de vida y costos económicos. Las cefaleas frecuentes, así como el temor constante con respecto al siguiente episodio, dañan la vida familiar, las relaciones sociales y el trabajo. Los esfuerzos prolongados que supone enfrentarse con una cefalea crónica pueden, asimismo, predisponer a la aparición de otras enfermedades; por ejemplo, la depresión y la ansiedad son significativamente más frecuentes en las personas aquejadas de migraña que en las sanas⁵.

La OMS calcula que la prevalencia mundial de la cefalea en los adultos es de aproximadamente 50%. Entre la mitad y las tres cuartas partes de los adultos de 18 a 65 años

han sufrido una cefalea en el último año, y el 30% o más de este grupo, ha padecido migraña. La cefalea que se presenta 15 días o más cada mes toca a un 1,7% a un 4% de la población adulta del mundo. A pesar de las variaciones regionales, las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas ⁵.

En Costa Rica, Aproximadamente el 90% de los pacientes manifiesta ataques diarios durante varias semanas o meses (periodos de racimos), separados por intervalos libres de ataques que van de meses a años (periodos de remisión). El restante 10% de los pacientes sufre un patrón crónico marcado por ataques que persisten por más de un año sin periodos de remisión o con periodos de remisión muy cortos, menores a un mes de duración ⁶.

Sin embargo, la cefalea en general es aún mal manejada en muchos lugares del mundo, con diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados o exceso de uso de analgésicos que comprometen todavía más la calidad de vida de los pacientes. Por estos motivos, constantemente se hacen esfuerzos para mejorar el acceso a tratamiento de los pacientes, educar y capacitar a los médicos en su manejo adecuado.

La OMS determina que distintas barreras impiden la atención eficaz. En el ámbito clínico, la barrera principal es el desconocimiento del personal farmacéutico. Por término medio, en todo el mundo se dedican únicamente cuatro horas a la instrucción sobre las cefaleas en los planes de estudio de licenciatura. El diagnóstico y tratamiento profesional se establece en una minoría de estos pacientes: un 40% de los aquejados de migraña y cefalea tensional, pero apenas un 10% de los que sufren la cefalea por uso excesivo de analgésicos⁶.

La cefalea por sobreuso de medicamentos es un problema creciente a nivel mundial, estudios epidemiológicos muestran que cerca del 4% de la población abusa en la toma de analgésicos y otros medicamentos para el tratamiento de condiciones dolorosas como la migraña. Cerca del 1% de la población general en Europa, América y Asia padece de cefalea por abuso de medicamentos; fármacos, utilizados para tratar la cefalea ya sean prescritos por el médico o comprados sin formulación, pueden incrementar la periodicidad e intensidad de la cefalea cuando son utilizados con mucha frecuencia⁷.

La cefalea por sobreuso de medicamentos se presenta en pacientes que tienen como diagnósticos de base cefaleas tensionales o migraña, las cuales se transforman en cefaleas crónicas debido al uso inadecuado de los fármacos usados para tratar las manifestaciones de dolor, los cuales provocan un efecto de rebote. Se ha establecido, de igual forma, que el comportamiento clínico de la enfermedad dependerá del tipo de medicamento que se abusa. Factores como susceptibilidad genética, ambientales y algunos compuestos como la cafeína, incluidos en los medicamentos, también parecen estar implicados en el desarrollo de dicha entidad, aunque aún se desconoce la causa exacta⁷.

Esta patología es muchas veces mal diagnosticada y por tanto, orientada de forma errónea, lo que prolonga los periodos y la intensidad de las cefaleas en quienes la padecen.

La población tampoco sabe mucho de las cefaleas. En general, 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.

La educación al paciente juega un papel relevante, ya que, si se realizara la atención farmacéutica adecuada, se podría llevar un diagnóstico más certero. Se debería enseñar a los pacientes a registrar los detalles de cada crisis migrañosa en su diario, para identificar las características de cada ataque, lo cual contribuye a mejorar la comunicación paciente-farmacéutico, a seguir y tutelar la terapia farmacológica y a la eficacia del tratamiento.

A pesar de todo, muchas personas que padecen cefaleas no reciben una atención eficaz. Tan solo la mitad de quienes han sido diagnosticados con migraña, han consultado con un médico por motivos relacionados con el dolor de cabeza en los 12 meses precedentes, y solo dos terceras partes han recibido el tratamiento correcto. La mayoría dependía exclusivamente de medicamentos de venta sin receta⁶.

La carga evidente de las cefaleas representa un llamado a la acción. La OMS lo reconoce y, en asociación con la organización no gubernamental *Lifting The Burden*, participa en la *campana mundial contra las cefaleas*. Esta iniciativa, emprendida en 2004,

pretende crear conciencia en torno al problema y también mejorar la calidad de la asistencia brindada a las personas que sufren cefaleas y el acceso a ella en todo el mundo. La OMS publicó el *Atlas of headache disorders and resources in the world 2011*, donde se describe la carga que imponen las cefaleas y los recursos con que se cuenta para disminuirla⁶.

En la actualidad, el servicio de farmacia en el Hospital Metropolitano de San José no solo se ve involucrado en la atención a pacientes internados, dando seguimiento farmacoterapéutico, sino que también ofrece servicios a pacientes que asisten a consulta médica externa o servicios ambulatorios, mediante la dispensación de medicamentos.

Debido a la ausencia de un servicio de atención farmacéutica con seguimiento farmacoterapéutico brindado al público, se presenta la idea de identificar áreas de mejora que orienten al farmacéutico para abarcar la patología de manera correcta y así lograr un diagnóstico certero, además de un tratamiento adecuado para mejorar la calidad de vida del paciente.

Se espera que esta investigación motive la creación de programas de atención farmacéutica, primeramente, en el Hospital Metropolitano de San José y luego, en otras sedes de esta institución. Además de promover actividades que son parte del ejercicio farmacéutico, donde se pueda observar una disminución en la incidencia de problemas relacionados con medicamentos y mejoren la calidad de vida del paciente desde aspectos fisiológicos y emocionales. El principal impacto del desarrollo de estos centros de atención es mejorar la salud pública en general, especialmente abarcando a la población que padece de cefalea crónica por el consumo de analgésicos y fármacos antimigrañosos.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Antecedentes Históricos

Los doctores Miguel Herize y Ma. Lucy de Gouveia describieron, en su investigación titulada: “Cefaleas y neuralgia occipital”, el origen de las cefaleas. Señalan que la primera reseña escrita conocida de cefalea es de la cultura sumeria, donde el poeta sumerio lamentaba su mórbido y cegador dolor de cabeza y desea fervientemente el alivio de este después de la muerte. En la cultura egipcia se registra como “Oh vasos de mi sien que pulsáis en mi cabeza, no me apetece nada de comer, estoy enfermo de la cabeza, estoy enfermo del cuerpo”. Así contribuyen a datos relevantes para tratar de explicar las teorías del origen de las cefaleas y los factores desencadenantes de las migrañas ⁸.

Leonado Palacios Sánchez, de Colombia, presentó su artículo llamado la “Breve historia de las clasificaciones de las cefaleas”, con el fin de determinar los orígenes de la cefalea y sus clasificaciones a través del tiempo. Los primeros relatos sobre medicina antigua provienen de los pueblos donde fue inventada la escritura. Así, los pueblos de Mesopotamia y Egipto permiten conocer qué pensaban y cómo procedían con las diferentes enfermedades. Hay relatos en poemas babilonios, que datan de tres mil años a. C., donde relatan situaciones que podrían corresponder a migraña con aura. También se conservan documentos escritos por los sumerios, de la misma época mencionada, que tratan sobre esta entidad⁹.

En abril de 2016, la OMS clasificó las cefaleas como 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, de los cuales el consumo excesivo de analgésicos es el más común ⁶.

Determinan así un aporte importante clasificando las cefaleas según los síntomas de cada paciente y respaldando la prevalencia en el mundo. Se calcula que la prevalencia mundial de la cefalea (al menos una vez en el último año) en los adultos es de aproximadamente 50%⁶.

En España se realizó un estudio titulado: “Evolución histórica del concepto de cefalea tensional: un viaje bibliográfico desde Arnold P. Friedman a nuestros días”. Dicho estudio, presentado por la Dra. Calabria, describe que en los años 50 se encuentran publicaciones donde se señalan algunas diferencias de esta cefalea respecto a la migraña, por ejemplo, la mejor respuesta a placebo. Sin embargo, no es hasta la década de los 90 cuando el número de publicaciones se dispara, y poco a poco se va creando una perspectiva más integradora, aunque aún con una concepción algo incompleta. En la década del 2000 se triplica el número de publicaciones respecto a la precedente y se clarifica aún más el concepto, con subdivisiones claras según frecuencias de episodios y aceptando otros elementos más complejos como son los de tipo genético¹⁰.

Se realizan un aporte a la investigación con información referida a la cefalea como un problema de muchos años atrás, además reflejado en el hecho de que no se realiza un correcto manejo de ella, pues no se ha erradicado por completo.

1.5.2 Antecedentes Internacionales

1.5.1.1 América

Nelson Barriento, Raul Juliet, Alan Rapoport, Philippe Salles, Ana Milan y Paulina Meza de Chile desarrollaron la investigación titulada “Cefalea por abuso de medicamentos y sus marcadores clínicos”, con el fin de determinar la frecuencia de los síntomas presentados por los pacientes y lograr describir una respuesta y el impacto sobre la calidad de vida de la persona en relación con el tratamiento¹¹.

Esta investigación es de tipo prospectivo, longitudinal y observacional de 76 pacientes ingresados en la Unidad de cefaleas del hospital DIPRECA; estos fueron diagnosticados con cefalea por abuso de medicación. Recibieron un tratamiento de desintoxicación durante 6 meses. Entre las principales conclusiones se logra determinar que los síntomas tienen una

incidencia entre 80-90% de los pacientes; se considera extremadamente importante reforzar los criterios de IHS para una mayor precisión y manejo de la patología¹¹.

Luisa Ochoa, de Puerto Rico, publicó el artículo: "El sobre uso de analgésicos para el dolor de cabeza puede empeorar la gravedad de la migraña". Plantea como objetivo que el uso de medicamentos para el dolor tiende a empeorar la gravedad de la migraña¹².

Se realizó una búsqueda bibliográfica donde se utilizaron bases científicas y se llegó a la conclusión de que, según la cantidad de días de consumo de fármacos, se ve la alteración de los síntomas y clasifican en distintos grados la cefalea¹².

Este estudio aportó a la presente investigación un diagnóstico según la sintomatología del paciente, determina la clasificación adecuada de las cefaleas y evita diagnósticos erróneos.

En Perú, Giron Condori, Humberto Hernando y Minaya Jauregui, Roxana Miriam propusieron la investigación: "La cefalea y el uso de analgésicos en usuarios de una botica de Inkafrma en Villa María del triunfo-Lima 2022". Postularon como objetivo: Demostrar si existe relación entre el uso de analgésicos con las cefaleas en usuarios que acuden a una botica Inkafarma¹³.

Utilizaron una metodología de investigación de tipo básico, diseño no experimental, método hipotético deductivo, enfoque cuantitativo, correlacional, observacional, transversal y prospectivo. La muestra la conformaron 132 usuarios, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se usó la técnica encuesta y un cuestionario con preguntas cerradas para recolección de datos; se trabajó con 95% de confianza. Como resultado, sí hay una relación significativa entre el uso de analgésicos y los síntomas presentados por los pacientes que presentaban migraña¹³.

Pillihuamán Llamocca, Carina e Hinojosa Quispe, Vilma realizaron la investigación: "Calidad de servicio y automedicación por cefaleas en pacientes que acuden a dos boticas de la Avenida José Carlos Mariátegui en Villa María del Triunfo, Lima 2022". Plantearon como

objetivo: Determinar la relación entre la calidad de servicio y la automedicación por cefaleas en pacientes que acuden a las boticas¹⁴.

La investigación de enfoque cuantitativo y método correlacional permitió conocer la relación entre la automedicación por cefaleas y la calidad de servicio brindada a pacientes que acuden a las dos boticas. El aporte metodológico estadístico enriquecedor presenta un instrumento con alta confiabilidad y validado por juicio de expertos, el cual pueden ser usado en otras investigaciones que guarden relación con las variables de estudio que apunta la presente investigación. Se concluye que, sí hay una fuerte relación con la automedicación y que las principales fuentes de información de los pacientes son los familiares y los medios de comunicación¹⁴.

Se aporta a la investigación la prueba del grado de deficiencia en la atención implementada en los servicios farmacéuticos, pues la prevalencia de cefalea por consumo excesivo de medicamentos se da ante la falta de educación brindada por los regentes a los usuarios y el desconocimiento de estos últimos.

A partir del estudio este aporta a la investigación la importancia de desarrollar un diagnóstico precoz de los síntomas que afectan a los pacientes con cefalea por abuso de medicación, para una mayor precisión en el manejo de la patología de parte del médico tratante, con el fin de garantizar una calidad de vida adecuada para el paciente.

1.5.2.2 Europa

Los autores C. González-Oria, R. Belvís, M.L. Cuadrado, S. Díaz-Insa, A.L. Guerrero-Peral M. Huerta, P. Irimia, J.M. Láinez, G. Latorre R. Leira, A. Oterino, J. Pascual, J. Porta-Etessam , P. Pozo-Rosich , M. Sánchez del Río, S. Santos-Lasaosa estudiantes de la universidad de Sevilla de España, propusieron la investigación llamada: “Documento de revisión y actualización de la cefalea por uso excesivo de medicación (CUEM)”, con el objetivo de determinar la prevalencia de la cefalea por abuso de mediación y su impacto¹⁵.

Se clasifica una revisión sistemática que incluye estudios de base poblacional y de prevalencia, según la distribución geográfica, incluyendo poblaciones extensas de hasta 50.000 pacientes, donde se determina que los pacientes con CUEM presentan alteraciones funcionales y estructurales en los moduladores del dolor ¹⁵.

Gómez Lluch MT1 , De la Calle Riaguas B. de Castilla titularon su investigación: “Abordaje terapéutico de la migraña”. Su objetivo principal es abarcar el abordaje adecuado de las migrañas para así generar un diagnóstico certero en pacientes que presentan migraña, contribuyendo a la educación del médico tratante¹⁶.

Se realizó una revisión bibliográfica de al menos 43 fuentes, donde se recopiló información y se logró establecer que la migraña es de las enfermedades con más prevalencia en el mundo, además, que su diagnóstico no tiene un marcador asociado y se indican distintos tratamientos para el manejo y tratamientos preventivos para los pacientes¹⁶.

Ma. Carmen Prieto González, de España, publicó la investigación titulada: “Actualización y avances en el manejo de la migraña”. El objetivo principal fue la realización de un estudio que determinara el correcto abordaje terapéutico de los médicos y farmacéuticos frente a la migraña¹⁷.

Para realizar la búsqueda se han utilizado bases de datos científicas como Pubmed, Fistera y Fama+, y diversas guías y páginas web de interés especializadas. La estrategia de búsqueda se ha basado en el uso de palabras claves y criterios de inclusión y exclusión. Se llega a la conclusión de que no hay un tratamiento certero que cure la migraña, sin embargo, se pueden tratar los síntomas individualmente¹⁷.

En Ecuador, Johnny Edison Ojeda desarrolló una investigación titulada: “Importancia del diagnóstico idóneo de cefalea por abuso de mediación de ergotamina en el primer nivel de atención de salud”, con el objetivo de examinar la importancia del diagnóstico de cefalea por abuso de medicamentos, mediante los criterios diagnósticos propuestos por la clasificación internacional de cefaleas, para evitar los efectos adversos desencadenados por

este fármaco, con un enfoque clínico y aplicable en el primer nivel de atención de salud ¹⁸.

Se realizó una estrategia de búsqueda con base de datos electrónicos que incluyen PubMed, y la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, desde el inicio de la base de datos hasta agosto de 2021. Se llegó a la conclusión de que el uso de medicamento sin prescripción médica conlleva varios riesgos como agravamiento del cuadro clínico; suele remitir con la supresión del fármaco si llegara a ser peligroso por intoxicación, lo cual implica que el médico de atención primaria debe identificar si el paciente abusa de ergotamínicos, ya que puede llegar a ser mortal en ciertos casos, pues el fármaco es de fácil acceso¹⁸.

Los doctores Ángel Gómez Camello, Dra. Carmen González Oria, Dr. Javier Viguera Romero, desarrollaron una guía titulada “Guía práctica de cefaleas” con el objetivo principal de tener el tratamiento correcto para aliviar el dolor y evitar el uso excesivo de medicamentos para la migraña²⁰.

Se realizó una revisión bibliográfica del vademécum cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología, donde se realiza una guía del manejo correcto y se concluye que hay deficiencias en el manejo de las cefaleas de parte de los regentes farmacéuticos.¹⁵

1.5.3 Antecedentes Nacionales

La investigación descrita presenta una recopilación de datos nacionales entre los años 2018-2024, con el fin de que toda la información de los artículos científicos encontrados contenga las últimas actualizaciones sobre el tema en estudio, garantizando calidad y respaldo científico.

En el año 2020 los doctores Andrés Solano Castillo, Xinia Ramírez Vargas y Andrea Solano Mora realizaron la investigación “Actualización de la migraña”. Esta tiene como objetivo estudiar la frecuencia de las crisis de la migraña y su severidad para determinar el tratamiento adecuado²⁰.

Presenta bibliografía que comprende entre los años 2015 y 2019, con excepción de uno de ellos, el año 2014, incluida debido a su relevancia al momento de la revisión, pues toca el tema de migraña y su relación con la dieta. Dentro de los artículos utilizados 3 son en inglés y 12 en español, incluyendo países como Estados Unidos, España, Costa Rica y Turquía²⁰.

El método de búsqueda de las fuentes de información fue Internet. Se consultaron artículos de Pubmed y Elsevier. Los artículos elegidos en su mayoría eran revisiones bibliográficas o estudios en diferentes poblaciones. Concluyen que todos los médicos y farmacéuticos deberían tener conocimiento sobre este padecimiento y su diagnóstico²⁰.

Luis Eduardo Gómez Víquez, José Lee Chang Segura, Huberth Fernández Morales publicaron en la revista clínica de la Escuela de Medicina de la UCR, efectúan la revisión titulada “Cefalea por abuso de medicamentos”. Con el objetivo de la reducción en el consumo de medicación abortiva de las crisis, algunos autores señalan que se puede recurrir al uso de medicamentos profilácticos para migraña²¹.

Se realizó un estudio tipo revisión bibliográfica, con un total de 26 fuentes bibliográficas, las cuales arrojaron como resultado que cefalea por abuso de medicamentos es una entidad claramente descrita y de alta prevalencia en pacientes con cefaleas de tipo migraña y tensional. Todos los medicamentos para el tratamiento agudo de estas entidades tienen el potencial de generar el cuadro²¹.

En la revista médica Sinergia, los doctores Dr. Cilian Fallas Santana, Dr. Allan Humberto Quesada Salas y Dr. Albin Gerardo Porras Vargas publicaron el artículo “Cefalea por abuso de medicamentos”, con el objetivo de determinar los criterios básicos para la clasificación de las migrañas según su sintomatología⁴.

La revisión bibliográfica de este artículo se realizó mediante una búsqueda detallada de artículos médicos provenientes de diversos buscadores, tales como PubMed, EBSCOhost

y SciELO. Los criterios de inclusión fueron artículos en inglés y español, publicados entre los años 2018 y 2022, con información relevante para su uso en la presente revisión. Se excluyeron los artículos que no contaran con dichos criterios. Para la búsqueda se emplearon palabras clave tales como “cefalea por abuso de medicamentos”, “cefalea y AINE”, “cefalea y opioides” y “cefalea crónica”, que da lugar a una selección final de 15 publicaciones usadas para el desarrollo de esta revisión bibliográfica. Se concluye que la cefalea por el abuso de analgésicos resulta de suma importancia a la hora de definir el diagnóstico⁴.

El Dr. Óscar Maykol Cascante Salgado, realizó la investigación titulada: “Estrategias de abordaje de las cefaleas primarias en adultos de 18 a 65 años en atención primaria” y plantea como objetivo analizar el abordaje de las cefaleas primarias en el adulto²².

Esta investigación se considera de tipo no experimental, donde se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema en la literatura científica publicada en los últimos 10 años, que arroja como resultados las deficiencias de parte de los médicos y farmacéuticos respecto al abordaje de las cefaleas²².

Como aporte a la investigación proporcionó información sobre síntomas de alarma e indicativos que se deben tomar en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico y asignar un tratamiento para el paciente.

En el año 2022, Claudio Orozco Cubero y Luis Felipe Alfaro Guerra estudiaron el tema “Cefaleas potencialmente mortales”, con el fin de categorizar las cefaleas según los síntomas presentados por el paciente basándose en la historia del paciente, un examen físico general y la evaluación neurológica que este presenta²³.

Se realiza un estudio de tipo descriptivo cualitativo tras una revisión bibliográfica, utilizando descriptores como cefalea, hemorragia subaracnoidea e hipertensión intracraneal incluyendo artículos desde el año 2017 al 2021. Se logró concluir, por medio del estudio, que la cefalea es una de las razones más comunes de la consulta médica, además de clasificarlas en primarias y secundarias según los síntomas. Se logra identificar que dentro de las dos clasificaciones establecidas la cefalea primaria es la más frecuente²³.

Cada antecedente aporta a la investigación que es de suma importancia la hora de definir el diagnóstico y el manejo, dado que la incidencia no es despreciable y consecuentemente, conlleva a una problemática económica para los sistemas de salud. Para ello, el clínico se debe basar en la historia previa con una adecuada indagación sobre el uso de fármacos, su combinación y la duración de los esquemas; asimismo, se deben descartar otras causas de cefalea secundaria con un adecuado examen físico y neurológico completo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 La farmacia

La farmacia, en su conjunto, es un establecimiento dedicado a la venta y comercialización de productos de especialidades farmacéuticas, incluidas las que contienen estupefacientes y psicotrópicos, cuyas actividades están reguladas por la normatividad que la Secretaría de Salud dispone a través de la Ley General de Salud²⁴

Se consideran establecimientos a los locales, instalaciones, dependencias y anexos, donde se desarrolla el proceso de manejo y dispensación; en general, cada establecimiento farmacéutico debe contar con distintos requerimientos obligatorios como lo es el agua potable, servicio de sanitario, lavamanos, jabón, bote de basura con tapa y letrero que invite al lavado de manos, bitácora de registro de limpieza, área para la recepción de medicamentos, resguardo de medicamentos caducos o para devolución, mesas de trabajo de material impermeable, para mantener un servicio con excelencia²⁴.

En Costa Rica, el Ministerio de salud dicta como definición de farmacia a todo aquel centro dedicado a la preparación de recetas y al expendio y suministro directo al público de medicamentos. Es un centro de información y asesoramiento sobre todos los aspectos que atañen al medicamento²⁵.

Por otra parte, el Colegio de Farmacéuticos, en el Reglamento de especialidades farmacéuticas, determina a la farmacia como una ciencia de la salud, interdisciplinaria y aplicada, cuyo fin es contribuir a mantener o mejorar el nivel de calidad de vida de la población por medio de la utilización de los medicamentos y su interacción con los organismos vivientes²⁶.

2.2 Rol del farmacéutico

El rol del farmacéutico consiste en la asesoría y representación para el buen uso y la correcta manipulación de los productos farmacéuticos. Uno de los requisitos para el funcionamiento de un establecimiento farmacéutico es tener un regente farmacéutico durante el horario en que funcione. Su cargo está incluido dentro del organigrama general en una

posición de autoridad e independencia, que le permite cumplir con las responsabilidades descritas en los reglamentos²⁷

El regente farmacéutico es responsable de:

1. Velar por la identidad, eficacia, pureza y seguridad de los medicamentos y materias primas que se manejen, almacenen y distribuyan. Asimismo, es responsable del cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias que demande la operación del establecimiento que regenta, siendo solidario en esta responsabilidad, el representante legal de la droguería²⁷.
2. Autorizar con su firma, el inicio del proceso de nacionalización y desalmacenaje de los medicamentos y materias primas que importe el establecimiento que regenta. Liberar los productos para su distribución.
3. Recibir, registrar, investigar las causas y responder cualquier reclamo o queja relacionada con el almacenamiento, distribución y la calidad del producto. Tomar las medidas correctivas, de acuerdo con el reclamo o queja.²⁷.
7. Notificar al laboratorio fabricante o su representante legal, sobre el reclamo reportado y darle seguimiento al mismo. Decidir si se incorporan de nuevo al inventario para su distribución, los productos devueltos una vez que han salido de la droguería²⁷.
8. Llevar a cabo las destrucciones de medicamentos, de acuerdo con lo establecido en el Decreto Ejecutivo N° 36039-S Reglamento para la Disposición Final de Medicamentos, Materias Primas y sus Residuos. El regente debe levantar un acta haciendo constar la destrucción; en el caso de destrucciones de estupefacientes o psicotrópicos, se debe presentar dicha acta ante el Ministerio de Salud²⁷.

13. Llevar a cabo o coordinar la realización de auditorías o auto inspecciones una vez al año o con una mayor frecuencia, según lo establecido en el manual de calidad, con el fin de verificar el cumplimiento de las BPAD. El regente farmacéutico es responsable de garantizar el cumplimiento de las acciones correctivas a implementar identificadas a raíz del informe de auditoría²⁷.

14. Revisar y aprobar los contratos establecidos con terceros para verificar que cumplen los requisitos de las BPAD vigentes, dejando registro de dicha acción. Coordinar la realización y actualización de los estudios de mapeo de temperatura y humedad en las áreas de almacenamiento²⁷.

16. Vigilar que la manipulación de los medicamentos cuando no se refiera al acondicionamiento como la adición de etiquetas, cintas promocionales o códigos de barras, sea realizada bajo su supervisión, a fin de evitar confusiones y contaminaciones cruzadas; dejando registro de dicha acción²⁷.

2.3 Atención farmacéutica general

La atención farmacéutica oportuna y eficaz constituye un componente de calidad de los servicios de salud; expresión de la seguridad del paciente y objetivo prioritario de todo sistema sanitario. Los primeros referentes en relación con la práctica farmacéutica se remontan a la antigüedad, en las antiguas civilizaciones de Babilonia y Egipto. La farmacia y la medicina como disciplina científica y social constituyeron una unidad durante siglos, estrechamente ligadas al liderazgo religioso, donde los sacerdotes asumían el protagonismo de la actividad farmacéutica²⁸.

Los conceptos de atención farmacéutica y farmacia clínica se han desarrollado por diferentes autores a lo largo del tiempo. El primero en reflexionar sobre el término *Pharmaceutical Care* fue Mikeal, en 1975, quien define los servicios farmacéuticos

como "Los cuidados que un paciente concreto requiere y recibe, y que aseguran un uso seguro y racional de la medicación". Posteriormente, en 1980 Brodie, responsabiliza al farmacéutico por los resultados de la farmacoterapia, de las necesidades de la población en relación con los medicamentos y los servicios que garanticen una terapia segura y efectiva, introduciendo así el concepto y las bases teóricas de la atención farmacéutica²⁸.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en el año 1978, declaró que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Adicionalmente, cataloga la salud como un derecho humano fundamental³⁰.

Incluye un mecanismo de realimentación como una forma de facilitar la continuidad en la atención de quienes lo proporcionan y establece los fundamentos teóricos de una práctica profesional que acepta la responsabilidad de la medicación utilizada por el paciente. En 1990, los catedráticos universitarios Hepler y Strand consideran que la farmacia clínica ha sido decisiva en su evolución hacia la atención farmacéutica y precisan esta última como "la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de obtener resultados definidos que mejoren la calidad de vida de los pacientes". El ejercicio de esta práctica farmacéutica se traduce en resultados como la prevención y la curación de la enfermedad, la reducción o eliminación de los síntomas y la interrupción o enlentecimiento del proceso patológico³⁰.

Cipolle *et al.*, 1998, definieron la atención farmacéutica como:

Una práctica en la que el profesional asume la responsabilidad de las necesidades del paciente relacionados con los medicamentos y es responsable por este compromiso. En el curso de esta práctica, una terapia responsable con los medicamentos se provee con el fin de alcanzar los resultados positivos en los pacientes ³⁰.

Los servicios farmacéuticos enmarcados en la atención farmacéutica son actividades encaminadas a que el profesional farmacéutico participe activamente en mejorar la salud e

incrementar la calidad de vida de la población, por lo que deben ser promovidas por el propio farmacéutico. La evidencia respalda que, con un adecuado acompañamiento por parte del farmacéutico, se puede reducir el incremento de visitas a urgencias relacionadas con el uso inadecuado de los medicamentos, así como el aumento de ingresos hospitalarios debido a resultados no adecuados al objetivo de la farmacoterapia³¹.

Los estudios sobre la satisfacción de los usuarios son importantes para la evaluación de los servicios de salud; conocer la percepción de los usuarios contribuye en el avance de los servicios de farmacia del país. Esta información ayuda a los farmacéuticos, a las organizaciones y a los organismos reguladores a modificar el alcance y la calidad de los servicios prestados en función de las necesidades y opiniones del usuario. Adicionalmente, esto permite conocer las áreas para mejorar la relación usuario y farmacéutico³⁰.

De acuerdo con los conceptos claves de la atención farmacéutica, esta actividad profesional exige que el objetivo del farmacéutico se desplace desde una simple dispensación de medicamentos (a veces acompañada de consejos) hacia una atención y cuidado del paciente. Si el farmacéutico se responsabiliza en conseguir estos fines, no hay duda de que el acto de la dispensación se hace mucho más profesional, lo cual conduce a una absoluta necesidad de la ayuda de los farmacéuticos para alcanzar éxitos sanitarios, traduciéndose en un aumento de la valoración positiva de la farmacia por parte de la sociedad²⁸.

De forma general, dentro de los objetivos que persigue la atención farmacéutica se valoran tres cuestiones fundamentales:

1. Respecto al paciente, el de resolver sus problemas de salud.
2. Respecto al médico, el de complementar y ayudar en la atención sanitaria que se presta al paciente.
3. Respecto al medicamento, el de profesionalizar el acto de la dispensación²⁸.

2.4 Atención farmacéutica en distintos países

2.4.1 Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico en el contexto de España

El Consenso sobre Atención Farmacéutica realizado en España en el año 2001, brindó sus apreciaciones sobre la práctica farmacéutica, unificando conceptos y directrices existentes sobre esta profesión. Destaca las actividades del farmacéutico orientadas al medicamento (adquisición, custodia, almacenamiento, conservación de materias primas, especialidades farmacéuticas y productos sanitarios) y las actividades orientadas al paciente (dispensación, fórmula magistral, consulta o indicación farmacéutica, uso racional del medicamento, educación sanitaria, farmacovigilancia y seguimiento farmacoterapéutico), que ilustran la esencia de la Atención farmacéutica³².

El seguimiento farmacoterapéutico es considerado como:

Una práctica profesional, en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes con la medicación. Esto se lleva a cabo mediante la detección, prevención y solución de problemas relacionados con medicamentos (PRM) y supone un compromiso permanente del farmacéutico y su colaboración con el paciente y otros profesionales de la salud para alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente³³.

Es necesario hacer salvedad en que este concepto no es equivalente al propuesto por Hepler and Strand (*Pharmaceutical care*), al contrario, se acerca mucho más al concepto de seguimiento farmacoterapéutico, el cual se define como:

La práctica profesional en la cual el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM), de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás

profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente³⁴.

Al unificar criterios, se observa que el principal benefactor de dicha práctica es el paciente; además, se coincide en la optimización racional y económica de los medicamentos para lograr una farmacoterapia que alcance los objetivos propuestos, mediante la filosofía de atención farmacéutica, y llevando a cabo actividades como: dispensación, indicación farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico, farmacovigilancia y educación en salud³⁴.

2.4.2 Servicio farmacéutico y seguimiento farmacoterapéutico en el contexto de Colombia

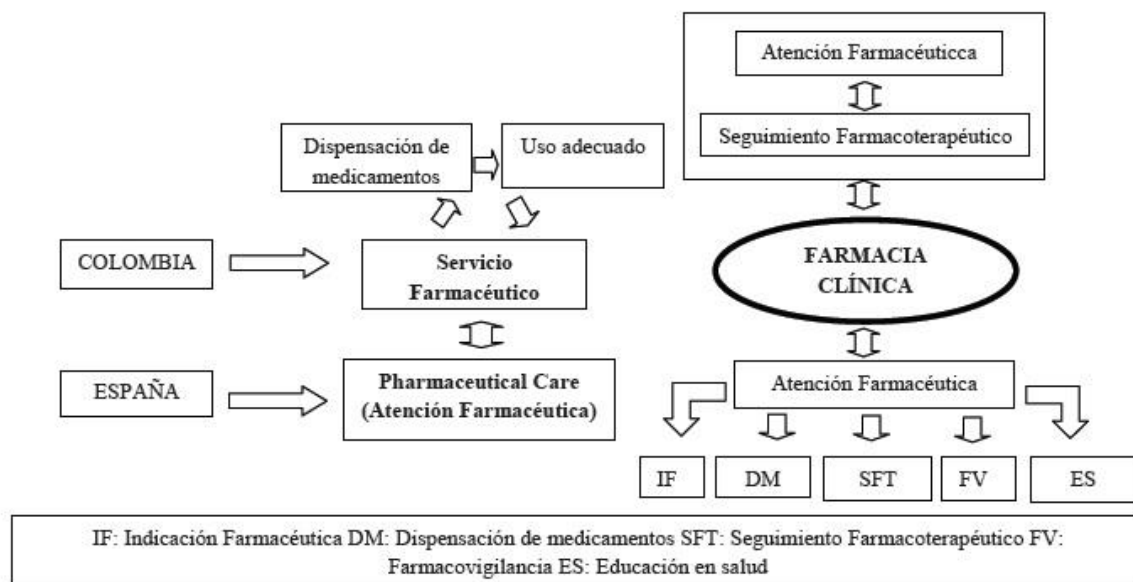
En Colombia, el servicio farmacéutico es dirigido por un químico farmacéutico o un profesional autorizado para la prestación del servicio farmacéutico, que se encarga de las labores orientadas al medicamento, entre las cuales están la logística administrativa y operativa (gerencia y gestión, adquisición, recepción, almacenamiento, distribución y comercialización) y la logística técnico-científica (selección, acondicionamiento, distribución de dosis unitaria). De igual manera, se encarga de las labores orientadas al paciente, que son las de promoción y prevención de la salud, dispensación e indicación farmacéutica³⁵.

En Colombia, la atención farmacéutica se define como: "la asistencia por parte del químico farmacéutico al paciente o grupos de pacientes que lo requieran, en el seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, con el objeto de conseguir el propósito previsto por el facultativo tratante con la farmacoterapia y mejorar su calidad de vida". Este concepto es equivalente al de seguimiento farmacoterapéutico, donde la población objeto de la actuación del químico farmacéutico es el paciente o grupos de pacientes que lo requieran³⁶.

Colombia es un país que recientemente abre sus horizontes a la atención farmacéutica; con ello ha alcanzado políticas ejecutoras de la práctica asistencial que promueven el acceso y calidad a los productos y servicios de salud. Sin embargo, todavía falta avanzar en este concepto, ya que aún cuenta con gran cantidad de droguerías que se limitan a la venta de

medicamentos (actividad dispensadora), donde el droguista (auxiliar autorizado para regentar las droguerías) e incluso, el químico farmacéutico o el regente de farmacia se limitan a ejercer una práctica básicamente lucrativa, olvidándose de las necesidades relacionadas con los medicamentos del paciente³⁶.

Figura 1. Atención farmacéutica en contexto de España y Colombia



Fuente: Imagen tomada de la referencia³⁶.

2.5 Atención farmacéutica en Costa Rica

En Costa Rica, los servicios de atención farmacéutica han ido cambiando, estandarizándose primero en la seguridad social. Las farmacias de comunidad privadas han brindado los servicios tradicionalmente, pero hay poca documentación al respecto. En una publicación sobre la caracterización de los servicios brindados en las farmacias privadas de comunidad de Costa Rica, se encontró que el 100% de ellas despachan medicamentos, el despacho de vacunas estuvo disponible en 82,2% de estas y el despacho de psicotrópicos y estupefacientes se realiza en un 91,9% y un 34,4%, respectivamente³¹.

Los servicios farmacéuticos demuestran mejorar la calidad de vida del usuario, al favorecer el conocimiento de la enfermedad y de los medicamentos que se consumen para tratar las afecciones de la persona. Además, el uso adecuado de los medicamentos genera ahorros para el sistema de salud y el consumidor y facilitan la colaboración interprofesional. En este sentido, cuando una farmacia presta a los usuarios servicios diferenciadores como, por ejemplo, facilitar al usuario información acerca del mecanismo de acción de los medicamentos, de la patología o aspectos relacionados con el manejo y almacenamiento del tratamiento, generan un impacto positivo. Este servicio adicional implica una diferenciación significativa de otros establecimientos farmacéuticos, que simplemente despachan medicamentos a solicitud del usuario³¹.

A nivel nacional, no existen estudios de opinión publicados que permitan conocer la posición de los usuarios sobre varios aspectos inherentes a los servicios de atención farmacéutica brindados en la farmacia de comunidad y del farmacéutico de comunidad en el ámbito privado. Por tanto, existe un vacío de información que hace relevante la realización de este estudio que pretende conocer la percepción de los usuarios de los servicios de atención farmacéutica y el acceso al farmacéutico, en las farmacias privadas de la provincia de San José y que tiene como objetivo final mejorar dichos servicios³¹.

2.6 Responsabilidad del farmacéutico

El farmacéutico no solo va a usar sus conocimientos para hacer o ratificar una buena elección del medicamento, para conservarlo de forma óptima y dispensarlo correctamente acompañado de consejo, sino que, de forma profesional, debe accionar en función de lograr el cumplimiento de los objetivos terapéuticos previstos²⁸.

En el modelo tradicional de farmacia, el farmacéutico atiende las necesidades del usuario por medio del llamado *consejo farmacéutico*. Sin embargo, actualmente cabe plantearse el papel del farmacéutico ante usuarios que, por sí mismos, no plantean ninguna cuestión. Los elementos que introduce el cambio del modelo son fundamentalmente:

1. Actitud activa vs pasiva.

2. Asunción de responsabilidad profesional sobre el resultado del uso del medicamento en todos los actos de dispensación vs asunción de responsabilidad profesional en respuesta a un requerimiento concreto.

Dada la necesidad de evolución, se pretende diseñar los elementos básicos que debe contener la dinámica del trabajo del farmacéutico ante la dispensación, de manera que este trabajo no sea un fin sino un medio. Solo si esta actividad sirve de soporte para realizar atención farmacéutica clínica, tendrá justificación su inclusión en el concepto de atención farmacéutica orientada hacia el paciente³¹.

Las responsabilidades de un regente farmacéutico son un listado de puntos interminables donde se abarca desde la atención al paciente hasta los requerimientos necesarios para el funcionamiento del establecimiento farmacéutico; entre las más importantes de mencionar están:

1. Dispensar el medicamento según se ha descrito.
2. Ofrecer una asistencia complementaria mediante otro servicio de atención farmacéutica (educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico).
3. No dispensar sin remisión o previa consulta del médico³⁷.

2.7 Educación al paciente

En la sociedad del siglo XXI, la labor de los profesionales sanitarios comienza a ser entendida como coadyuvante de la que el propio individuo realiza en torno a su salud. Las personas son las protagonistas de su salud. Es el individuo quien decide y toma las medidas necesarias para mejorar su calidad de vida o lograr su curación. En la actualidad, se maneja que una de las mejores armas para luchar contra la enfermedad es la prevención. Por esta razón, una de las actividades que comprende la atención farmacéutica es la educación sanitaria, la cual se orienta principalmente a la prevención, como la forma más eficaz de luchar contra la enfermedad. En este campo, el farmacéutico tiene los medios necesarios para

desarrollar una actividad muy importante, sí se valora que es un profesional sanitario bien cercano a la población²⁸.

En tal sentido, la dispensación, como acto terapéutico por excelencia del farmacéutico, en un establecimiento legalmente autorizado, debe ir acompañada de información verbal y escrita esencial para iniciar el consumo en forma racional. Debe incluir información sobre la correcta conservación del medicamento, preparación previa a la administración en casos requeridos, precauciones, asesoramiento para prevenir incompatibilidades frente a otros medicamentos que el usuario utilice (medicación concomitante), prevención de efectos adversos, posibles interacciones con alimentos, precisar si el medicamento es adecuado de acuerdo con el estado del paciente (embarazo, otras enfermedades), otros²⁸.

En caso de medicamentos de venta libre o de control médico recomendado se debe advertir que, si el síntoma no revierte, es necesario consultar al médico. En todos los casos, el farmacéutico tiene el deber de verificar que el usuario ha comprendido la información brindada, conoce para qué utilizar el medicamento que le ha sido prescrito, cuándo, qué cantidad, cómo y hasta cuándo se lo debe tomar; además de instruirlo para que retorne a la farmacia si presenta algún problema relacionado con su medicación o necesita más información²⁸.

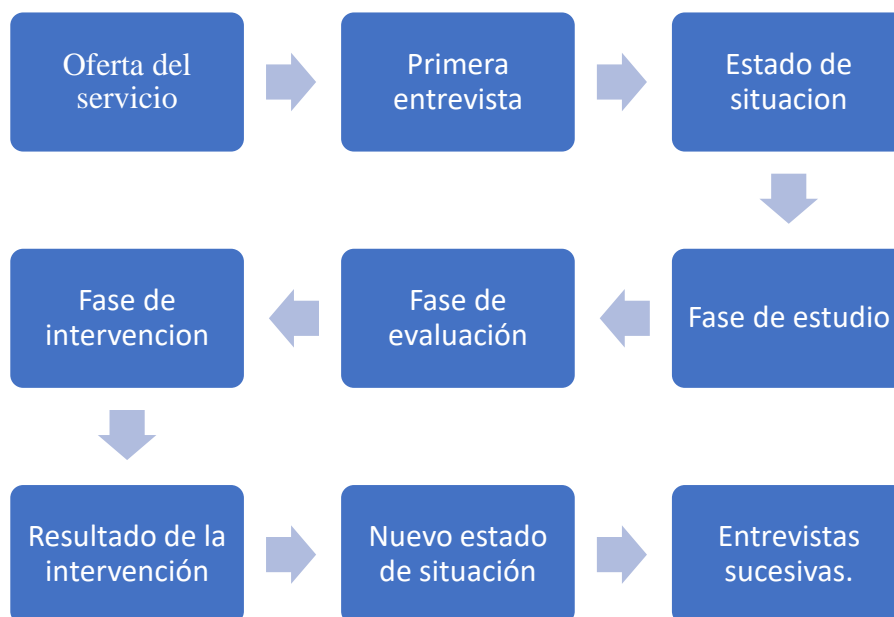
2.8 Seguimiento farmacoterapéutico

El éxito del tratamiento farmacológico depende de la activa participación de los pacientes, los cuales requerirán la cooperación necesaria de los profesionales de la salud para obtener el máximo beneficio terapéutico y evitar los efectos secundarios de los tratamientos³⁸. Cuando los pacientes utilizan los medicamentos, son posibles distintos tipos de resultados.

Una de las actividades derivadas de la atención farmacéutica es el seguimiento farmacoterapéutico (SFT), que puede definirse como la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con su medicación mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados a

medicamentos de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente¹⁵. Se han demostrado los resultados del SFT en diferentes escenarios del ejercicio profesional del farmacéutico, logrando una efectiva resolución de los PRM³⁸.

Figura 2 Fases del seguimiento farmacoterapéutico



Fuente: Elaboración propia con base en la referencia ³⁴.

2.9 Problemas relacionados con los medicamentos

Frecuentemente, los pacientes se benefician de las intervenciones farmacoterapéuticas; sin embargo, pueden observarse acontecimientos relacionados con una falta de efectividad o seguridad de los tratamientos medicamentosos. Cualquier desviación de los efectos beneficiosos deseados de los medicamentos provoca un problema relacionado con los medicamentos (PRM). Se han definido los PRM como problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a que no se consiga el objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no

deseados. Está demostrado que los PRM son la causa de la morbilidad y mortalidad relacionadas con medicamentos y requieren que se implementen estrategias para efectuar un adecuado abordaje de este problema³⁸.

El Programa Dáder tiene protocolizados los procesos y los instrumentos de registros que se deben adoptar para proporcionar SFT a los pacientes, a fin de poder lograr la mayor eficiencia en la identificación y resolución de los PRM. Se basa en la obtención de la historia farmacoterapéutica del paciente, esto es, los problemas de salud que presenta y los medicamentos que utiliza, y la evaluación de su estado de situación a una fecha determinada, para identificar y resolver los posibles PRM que el paciente pueda estar padeciendo. Luego se realizan las intervenciones farmacéuticas (IF) necesarias para resolver los PRM, siendo indispensable involucrar al paciente y en la mayoría de los casos al médico que lo trata^{2,3,14,15,25}. Se considera que una IF ha sido efectiva cuando el PRM que ha identificado el farmacéutico se ha resuelto favorablemente³⁸.

2.10 Clasificación de los problemas relacionados a medicamentos

En 1998, Cipolle y otros, proponen una nueva clasificación de como problema relacionado a los medicamentos se ilustra en la Tabla 1, donde se agrupan en tres necesidades relacionadas con la farmacoterapia de los pacientes (efectividad, seguridad y conveniencia)³⁹.

Tabla 1 Clasificación de problemas relacionados con medicamentos, por Cipolle y otros

Tipo de PRM	Problema relacionado
PRM1	El paciente tiene un estado de salud que requiere medicación.
PRM2	El paciente tiene un estado de salud para el que es innecesario un medicamento.

PRM3	El paciente tiene un estado de salud para el que está tomando un medicamento erróneo.
PRM4	El paciente tiene un estado de salud para el que está tomando muy poco de un medicamento correcto.
PRM5	El paciente tiene un estado de salud resultante de sufrir una reacción adversa medicamentosa.
PRM6	El paciente tiene un estado de salud para el que está tomando demasiado de un medicamento correcto.
PRM7	El paciente tiene un estado de salud resultante de no tomar un medicamento indicado.

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia³⁹

Como resultado de una reunión realizada por diferentes instituciones oficiales de farmacéuticos en España y el Ministerio de Sanidad de este mismo país, conocido como El Consenso de Granada, se publicó un documento sobre PRM y RNM: conceptos y definiciones, donde se define PRM como "aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un RNM". Así, los elementos de proceso son los PRM (entendiendo como tal todo lo que acontece antes del resultado) que suponen para el usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir RNM. Define RNM como "los resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso de medicamentos", y como sospecha de RNM, "la situación en la cual el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que pueden considerarse como factores de riesgo de este RNM" ⁴⁰

Como última actualización, en 2007 se publicó una clasificación de los resultados negativos asociados a la medicación como causas de los problemas de salud derivados de la farmacoterapia

Tabla 2 Clasificación de resultados negativos asociados a la medicación

Clasificación	Problema relacionado
Necesidad	Problema de salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud a no recibir una medicación que necesita.
	Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir una medicación que no necesita.
Efectividad	Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.
	Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.
Seguridad	Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.
	Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre problemas de salud asociados a la inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁴⁰.

2.11 Cefalea

La cefalea es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencia, en la atención primaria y por supuesto, en la consulta del neurólogo. Es una patología que afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen y es una importante causa de ausentismo laboral. Dado lo transversal de esta patología, médicos de todas las especialidades se ven en la obligación de satisfacer la demanda de sus pacientes por un alivio⁵.

La cefalea es el dolor en cualquier parte de la cabeza, incluido el cuero cabelludo, el rostro y el interior de la cabeza. La cefalea es una de las razones más frecuentes de consulta médica de los pacientes. Se debe a la activación de las estructuras sensibles al dolor del encéfalo, el cráneo, el rostro, los senos paranasales o los dientes. El dolor de cabeza o cefalea se define como una sensación desagradable o de malestar que se localiza en el cráneo⁵.

Se calcula que la prevalencia mundial de la cefalea (al menos una vez en el último año) en los adultos es de aproximadamente 50%. Entre la mitad y las tres cuartas partes de los adultos de 18 a 65 años han sufrido una cefalea en el último año, y el 30% o más de este grupo ha padecido migraña. La cefalea que se presenta 15 días o más cada mes afecta de un 1,7% a un 4% de la población adulta del mundo. A pesar de las variaciones regionales, las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas⁶.

La cefalea, además de ser una causa importante de discapacidad por los síntomas que presenta, trae consigo consecuencias a nivel personal, ya que quienes la padecen poseen un continuo miedo a la aparición de nuevos episodios, lo que frecuentemente afecta sus relaciones sociales, familiares y sus actividades laborales, para un deterioro en su calidad de vida. Por otra parte, en relación con la búsqueda de la causa de la cefalea, algunos estudios han considerado la posibilidad de que no solo se encuentra relacionada con factores externos o enfermedad subyacentes, sino que también existe un componente genético importante para

su desarrollo. Entre los diferentes tipos de cefalea, la migraña es la que se encuentra más asociada a patrones genéticos⁴¹.

2.12 Criterios básicos para el diagnóstico de una cefalea

En la siguiente tabla se encuentran descritos algunos de los criterios más básicos e importantes para el diagnóstico certero de una cefalea, lo cual le facilita al regente farmacéutico el diagnóstico y abordaje frente a casos que se presenten

Tabla 3 Criterios de diagnóstico para una cefalea

Criterio	Rasgo
Edad de comienzo y tiempo de evolución	Inicio: niñez, juventud, madurez, ancianidad.
Instauración:	Súbita, gradual. Tiempo hasta el acmé.
Frecuencia:	Diaria, semanal, mensual. Alternancia crisis remisiones.
Localización:	Focal, hemicraneal, Bilateral holocraneal (toda la cabeza).
Duración:	Segundos, minutos, horas, días, semanas, meses, años.
Horario	Matutina, vespertina, nocturna, hora fija.
Cualidad:	Pulsátil, terebrante, urente, lancinante, opresiva.
Intensidad:	Graduar la intensidad entre 0-10 en la escala verbal.
Factores agravantes o desencadenantes:	Ejercicio, coito, tos, o factores que podrían estar relacionados (estrés, falta de sueño, ayuno, menstruación, otro).

Factores que alivian el dolor:	Permanecer en un lugar oscuro y silencioso o bien realizar ejercicio físico, presión en determinados puntos de la cabeza.
Remisión:	Brusca, progresiva, permanente desde el inicio.
Síntomas asociados a la cefalea:	Náuseas, vómitos, fotofobia, intolerancia al ruido, fotopsias, escotomas, hemianopsia, diplopía, hemiparesia, hemidisestesias, inestabilidad, vértigo, disartria, afasia, confusión, crisis epilépticas.
Antecedentes personales (historia previa de cefaleas):	Es importante establecer si el dolor actual es distinto a otros episodios previos si los hubiese.
Antecedentes familiares:	Especialmente de hemorragia subaracnoidea por rotura aneurismática o “muerte súbita”.

Elaboración propia con base en la referencia⁴².

2.13 Fisiopatología de la cefalea

Se conocen distintos tipos de hipótesis de la fisiopatología como tal de la migraña. La que ha sido aceptada es la hipótesis neurovascular de la migraña, descrita por la disfunción primaria de los centros de control del dolor y vascular del tronco cerebral que produce una cascada de cambios secundarios en la regulación vascular de las estructuras intracraneales y finalmente producen dolor de cabeza y síntomas asociados. Las teorías actuales sugieren que hay varios pasos clave en la generación de dolor de la migraña⁴³:

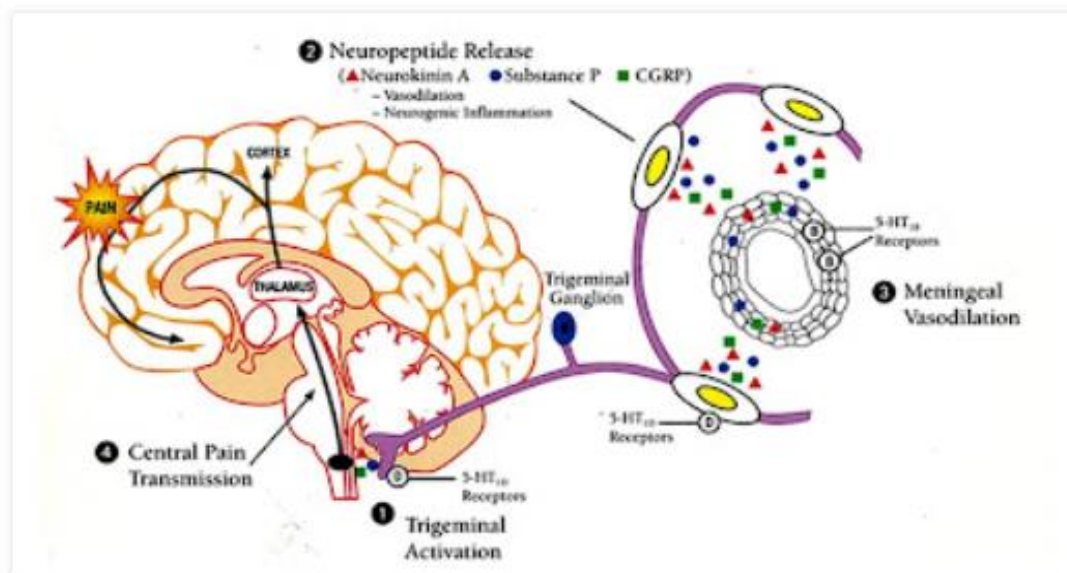
1. Dilatación de vasos meníngeos intracraneales, activados por raíces nerviosas trigeminales sensoriales perivasculares.

2. Liberación de neuropeptidos vasoactivos desde las raíces nerviosas sensoriales activadas del nervio Trigémico. Estos péptidos pueden empeorar y perpetuar cualquier vasodilatación existente, al crear un vínculo vicioso que aumenta la activación de los nervios sensoriales e intensifica el dolor de cabeza por péptidos relacionados con el dolor: sustancia P (aumenta la permeabilidad vascular), neuroquinina A (dilatación y permeabilidad cambios) y el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP; vasodilatación de larga duración).

3. Los impulsos de dolor de los nervios sensoriales periféricos (1ra neurona) activados se transmiten a las neuronas sensoriales de segundo orden dentro del lemnisco trigémico (2da neurona); núcleo caudalis en el tronco del encéfalo y la médula espinal cervical superior (C1 y C2, complejo trigeminal).

4. Las señales de dolor, por vía del lenisco trigeminal ascienden al tálamo (3ra neurona), se decusan en el tronco cerebral, y luego va a centros corticales superiores donde el dolor de la migraña se registra y percibe.

Figura 3 Fisiopatología de la cefalea



Fuente: Imagen tomada de la referencia⁴³

2.14 Causas más comunes para desarrollar una cefalea

La cefalea es descrita por distintas causas, consideradas también factores de riesgo para desencadenar episodios frecuentes. Entre los más comunes se encuentran distintos hábitos de relevancia en la población actual, que abarca a individuos femeninos tanto como a masculinos. Algunos se mencionan a continuación:

1. Hábito alcohólico: Algunos estudios muestran que el alcohol provoca cefalea dentro de los 30 minutos a 3 horas tras la ingesta. La cefalea inmediata por alcohol, que se desarrolla dentro de las 3 horas tras la ingestión de bebidas alcohólicas y la cefalea tardía por alcohol, que se desarrolla horas después de la ingesta. Una vez que los niveles sanguíneos de alcohol disminuyen o se reducen a cero, la bebida alcohólica puede desencadenar la migraña y la cefalea tensional; solo un bajo porcentaje de pacientes con cefalea debería ingerir bebidas alcohólicas⁴⁴.

2. Hábito tabáquico: Se considera que fumar es un factor de riesgo para la cefalea, posiblemente debido al efecto farmacológico del humo del tabaco. La exposición repetida a la nicotina y otras sustancias de los cigarrillos puede provocar la alteración a largo plazo de los receptores en las vías neuronales⁴⁴.

3. Obesidad: La obesidad está asociada con la cefalea crónica diaria en una amplia muestra de la población y es más evidente para la migraña transformada (migraña crónica por abuso de medicación) que para la cefalea tensional crónica. Se relaciona con la frecuencia de las crisis, así como con la proporción de sujetos con dolor severo y frecuente incapacitación. La cefalea crónica diaria se incrementa con el aumento del índice de masa corporal (IMC), desde normal a sobrepeso, obesidad, y obesidad mórbida⁴⁴.

4. Menstruación y embarazo: La mejoría de la migraña durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo y el hecho de que tanto los anticonceptivos como la terapia hormonal sustitutiva (THS) pueden modificar la frecuencia y la intensidad de la migraña⁴⁴.

5. Trastornos del sueño: Trastornos del sueño, bien primarios (tales como síndrome de apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas, insomnio psicofisiológico y otros) o secundarios (síndromes de dolor crónico, depresión y/o ansiedad, abuso de analgésicos) pueden conducir al desarrollo de una cefalea de características inespecíficas que, o bien se presenta por la noche o cuando el sujeto se despierta⁴⁴.

6. Tensión Muscular: El estrés es de las principales causas para el desarrollo de cefaleas. Se tensan músculos en el cuello, hombros y malas posturas son predisposiciones para sufrirlo⁴⁴.

7. Medicación: El uso excesivo de medicamentos en exceso es causante de migrañas alrededor el mundo, los analgésicos, antimigrañoso y triptanes son las categorías más predisponentes para provocar esta patología⁴⁴.

2.15 Prevalencia de la cefalea en Costa Rica

La prevalencia de las cefaleas en Costa Rica ha presentado un comportamiento casi constante. En el año 1990 se contaba con 31696.79 casos por 100.000 habitantes y en 2019 con 31777.59 casos por 100.000 habitantes; la diferencia fue de 80.8 casos por 100.000 habitantes, lo cual está representado por el 0.25%. En el grupo de las mujeres, en 1990 se presentaron 35287.96 casos por 100.000 mujeres y pasó a 35277.95 casos por 100.000 mujeres en 2019; esto representó una disminución de 10.01 casos por 100.000 mujeres. Los hombres también registraron una disminución y pasaron de 28045.58 casos por 100.000 hombres en 1990 a 28021.60 casos por 100.000 hombres en 2019; esta diferencia es de 23.98 casos por 100.000 hombres, equivalente al 0.08%. En ambos grupos, a lo largo del estudio las variaciones en los aumentos y descensos no se presentaron de una forma marcada⁴⁵.

Al comparar los datos por sexo, son las mujeres las que presentan una mayor prevalencia de cefaleas en comparación a los hombres, sin embargo, fueron ellos quienes presentaron una mayor disminución en el tiempo⁴⁵.

2.16 Clasificación de las cefaleas

Todas las cefaleas pueden clasificarse como primarias o secundarias y subclasificarse en una variedad de esquemas de clasificación desarrollados con fines clínicos, epidemiológicos, de investigación y de codificación. Las más comunes y clínicamente significativas se tratarán en detalle:

Cefalea primaria: una cefalea (o trastorno de cefalea) no atribuible a otro trastorno:

1. Generalmente benigna; puede ser grave, recurrente y potencialmente incapacitante.
2. No se identifica ninguna causa subyacente peligrosa.
3. La fisiopatología no se comprende por completo⁴⁶.

Cefalea secundaria: una cefalea (o trastorno de cefalea) atribuible a un trastorno subyacente:

1. Puede ser una manifestación de un trastorno sistémico, vascular o neurológico subyacente.
2. Una etiología potencialmente mortal puede subyacer al trastorno de la cefalea⁴⁶.

La clasificación es indispensable para la investigación: cada paciente incluido en un proyecto sea un ensayo clínico o un estudio de fisiopatología o bioquímica, debe cumplir una serie de criterios de diagnóstico. Cada tipo o subtipo distinto de cefalea que presente el paciente deben ser diagnosticado y codificado de manera independiente

Tabla 4 Clasificación de la cefalea según tipos

Cefaleas primarias	
Tipo	Subtipo
Migraña	1. Migraña sin aura

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Migraña con aura 3. Migraña crónica
Cefalea tipo tensional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalea episódica infrecuente de tipo tensional 2. Cefalea episódica frecuente de tipo tensional 3. Cefalea crónica de tipo tensional
Cefaleas trigémino-autonómicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalea en racimos 2. Cefalea en racimos crónica
Cefaleas secundarias	
Cefalea atribuida a administración o supresión de una sustancia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Migraña por abuso de medicamentos <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea por abuso de ergotamínicos • Cefalea por abuso de triptanes • Cefalea por abuso de combinación de analgésicos

Fuente: Elaboración propia con base en referencia ⁴⁶

2.17 Cefaleas primarias

2.17.1 Migraña

La migraña es un trastorno neurovascular común, crónico e incapacitante, caracterizado por ataques de cefalea severos y disfunción del sistema nervioso autónomo. Tradicionalmente se ha considerado como una patología benigna en el ser humano, por ser una disfunción neurológica paroxística y transitoria, reversible para el paciente⁴⁶.

Entre los factores desencadenantes están descritos la menstruación, alimentos ricos en histamina, cambios de presión atmosférica, aumento o supresión de horas de sueño,

estrés... La migraña está fuertemente relacionada con la ansiedad y con una personalidad hiperreactiva al estrés (nerviosa, sensible y que fácilmente se preocupa)⁴⁶.

2.17.1.1 Migraña sin aura

Cefalea recurrente que se manifiesta con crisis de 4-72 horas de duración. Las características típicas de la cefalea son la localización unilateral, el carácter pulsátil, la intensidad moderada o grave, el empeoramiento con la actividad física rutinaria y la asociación con náuseas y/o fotofobia y fonofobia⁴⁶.

Tabla 5 Criterios de diagnóstico de la migraña sin aura

Criterios asociados al diagnóstico	Al menos cinco crisis en menos de 72 horas
	Episodios de cefalea de 4-72 horas de duración (no tratados o tratados sin éxito)
	Presentar al menos dos de los siguientes síntomas: 1. Localización unilateral. 2. Carácter pulsátil. 3. Dolor de intensidad moderada o grave. 4. Empeora con o impide llevar a cabo la actividad física habitual (p. ej., andar o subir escaleras).
	Presentar al menos uno de los siguientes síntomas: 1. Náuseas y/o vómitos. 2. Fotofobia y fonofobia.

Fuente: Elaboración propia con base en referencia ⁴⁶.

2.17.1.2 Migraña con aura

Crisis recurrentes de varios minutos de duración con síntomas visuales, sensitivos o del sistema nervioso central de localización unilateral y completamente reversibles que suelen desarrollarse de manera gradual y preceder a una cefalea y a síntomas asociados a migraña ⁴⁶.

Tabla 6. Criterios de diagnóstico de la migraña con aura

Criterios asociados al diagnóstico	Al menos cinco crisis en 72 horas
	Presentar al menos uno de los siguientes síntomas del aura: 1. Visuales. 2. Sensitivos. 3. De habla o lenguaje.
	Presentar al menos tres de las siguientes características 1. Propagación gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un período ≥ 5 min. 2. Se suceden dos o más síntomas de aura. 3. Cada síntoma de aura tiene una duración de 5-60 minutos. 4. El aura está acompañada de o le sucede en los siguientes 60 minutos una cefalea.

Fuente: Elaboración propia con base en referencia⁴⁶.

El aura es un conjunto de síntomas neurológicos que, por lo general, se manifiesta antes de la cefalea de migraña con aura, pero también puede comenzar después del inicio de la fase de dolor o continuar durante la fase de cefalea⁴⁶.

Tabla 7 Tipos de Aura

Tipos	Características
Aura Visual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo más común, incidencia de un 90% 2. Se manifiesta como espectro de fortificación: Figura de zigzag junto al punto de fijación de la vista. 3. Centelleo.
Aura sensitiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hormigueo. 2. Entumecimiento de un lado del cuerpo.
Aura con trastorno de lenguaje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad de comprensión o comunicación. 2. Debilidad de los músculos del habla que provoca dificultad para hablar.

Fuente: Elaboración propia con base referencia⁴⁶.

2.17.1.3 Migraña crónica

Cefalea que aparece durante 15 o más días/mes durante más de tres meses, y que, al menos durante 8 días/mes, presenta características de cefalea migrañosa. Sin tratamiento dura, como mínimo, 4 h⁴⁶.

Tabla 8 Criterios de diagnóstico de la migraña crónica

Criterios asociados al diagnóstico	Cefalea durante un período de ≥ 15 días/mes durante >3 meses.
	Cursa en pacientes que han sufrido al menos cinco crisis en 72 horas.
	Durante un período ≥ 8 días/mes por espacio >3 meses que presente migraña con aura o sin aura.
	En el momento de la aparición el paciente cree que es migraña, y se alivia con un triptán o derivados ergóticos. Pero vuelve a aparecer.

Fuente: Elaboración propia con base en referencia⁴⁶.

| Resulta imposible distinguir los episodios individuales de cefalea en pacientes con dolores de cabeza tan frecuentes y continuados. De hecho, las características de la cefalea pueden variar no solo de un día a otro, sino incluso durante el mismo día. Resulta extremadamente complicado mantener a estos pacientes sin medicación con el fin de observar la historia natural de la cefalea⁴⁶.

La causa más habitual de los síntomas indicativos de migraña crónica es el abuso de fármacos, tal y como se define en la cefalea por abuso de medicamentos. En torno a un 50% de los pacientes que aparentan padecer migraña crónica vuelven a un subtipo de migraña episódica después de la privación del fármaco; dichos pacientes están incorrectamente diagnosticados como migraña crónica⁴⁶.

2.17.2 Cefalea tipo tensional

Las cefaleas tensionales suelen manifestarse como un dolor de leve a moderado, parecido a tener una venda apretada alrededor de la cabeza. Este dolor suele afectar sobre todo a la parte inferior de la cabeza, como por ejemplo la zona superior de la nuca, y también

a los laterales y el área de los ojos. La cefalea tensional es muy frecuente, con una prevalencia a lo largo de la vida en la población general que varía entre el 30 y el 78%. A menudo los síntomas dependen de los niveles de estrés del sujeto, y cuando se presenta suele durar entre treinta minutos a dos horas⁴⁶.

2.17.2.1 Cefalea episódica infrecuente de tipo tensional

Episodios de cefalea poco frecuentes, de localización típicamente bilateral, con dolor tensivo u opresivo de intensidad leve a moderada y con una duración de minutos a días. Este dolor no empeora con la actividad física habitual ni está asociado con náuseas, pero podrían presentarse fotofobia⁴⁶.

Tabla 9 Criterios de diagnóstico para la cefalea episódica infrecuente de tipo tensional

Criterios asociados al diagnóstico	Al menos 10 episodios de cefalea que aparezcan de media.
	Duración de 30 minutos a siete días.
	Al menos dos de las siguientes cuatro características: 1. Localización bilateral. 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil). 3. Intensidad leve o moderada. 4. No empeora con actividad física habitual, como andar o subir escaleras.
	Las dos características siguientes: 1. Sin náuseas ni vómitos. 2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas).

Fuente: Elaboración propia con base referencia⁴⁶.

2.17.2.2 Cefalea episódica frecuente de tipo tensional

Episodios de cefalea frecuentes, de localización típicamente bilateral, con dolor tensivo u opresivo de intensidad leve a moderada y con una duración de minutos a días. Este dolor no empeora con la actividad física habitual ni está asociado con náuseas, pero podrían presentarse fotofobia o fonofobia⁴⁶.

2.17.2.3 Cefalea crónica de tipo tensional

Trastorno que evoluciona desde una cefalea episódica frecuente de tipo tensional, con episodios de cefalea diarios o muy frecuentes, de localización típicamente bilateral, con dolor opresivo o tensivo de intensidad leve a moderada y con una duración de minutos a días, o sin remisión. Este dolor no empeora con la actividad física habitual, pero podría cursar con náuseas leves, fotofobia o fonofobia⁴⁶.

Cefalea crónica de tipo tensional es el resultado de la evolución en el tiempo de una Cefalea episódica frecuente de tipo tensional.

Tabla 10 Criterios de diagnóstico para la cefalea crónica de tipo tensional

Criterios asociados al diagnóstico	Cefalea durante un período de ≥ 15 días/mes durante >3 meses.
	Duración de horas a días, o sin remisión
	Al menos dos de las siguientes cuatro características:
	<ol style="list-style-type: none">1. Localización bilateral.2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil).3. Intensidad leve o moderada.4. No empeora con actividad física habitual, como andar o subir escaleras.

	Las dos características siguientes: 1. Puede asociar o fotofobia, o fonofobia o náuseas leves (no más de una). 2. Ni náuseas moderadas o intensas ni vómitos,
--	---

Fuente: Elaboración propia con base referencia⁴⁶.

2.17.3 Cefaleas trigémino-autonómicas

2.17.3.1 Cefalea en racimos

Ataques de dolor intenso estrictamente unilateral en región orbitaria, supraorbitaria, temporal, o en cualquier combinación de estos lugares, con una duración de 15-180 minutos, que se presentan con una frecuencia variable desde un episodio cada dos días hasta ocho episodios al día. El dolor está asociado a hiperemia conjuntival ipsilateral, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración frontal o facial, miosis, ptosis y/o edema palpebral, y/o inquietud o agitación⁴⁶.

Tabla 11 Criterios de diagnóstico para la cefalea en racimos

Criterios asociados al diagnóstico	Al menos cinco episodios en una semana
	Dolor unilateral de intensidad grave o muy grave en región orbitaria, supraorbitaria o temporal, con una duración de 15-180 minutos (sin tratamiento).
	Al menos uno de los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none"> 1. Hiperemia conjuntival y/o lagrimeo. 2. Congestión nasal y/o rinorrea. 3. Edema palpebral. 4. Sudoración frontal y facial.

	5. Miosis y/o ptosis.
	<p>Las dos características siguientes:</p> <p>1. Puede asociar o fotofobia, o fonofobia o náuseas leves (no más de una).</p> <p>2. Ni náuseas moderadas o intensas ni vómitos.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en referencia⁴⁶.

Los ataques aparecen en serie y se prolongan durante semanas o meses (los llamados "racimos" o brotes) separados por períodos de remisión que suelen durar meses o años. Alrededor de un 10-15% de los pacientes padecen cefalea en racimos crónica sin estos períodos de remisión. En una serie extensa de pacientes con cefalea en racimos con un adecuado seguimiento, un cuarto de ellos presentaba un solo período de racimo⁴⁶.

2.17.3.2 Cefalea en racimos crónica

Crisis de cefalea en racimos que se presentan durante un año o más sin remisión o con períodos de remisión que duran menos de tres meses.

Tabla 12. Criterios de diagnóstico para la Cefalea en racimos crónica

Criterios asociados al diagnóstico	Crisis que cumplen los criterios de la Cefalea en racimos.
	Sin período de remisión, o con remisiones que duran.

Fuente: Elaboración propia con base en referencia⁴⁶.

2.14 Manejo profiláctico y sintomático de las cefaleas primarias

Tabla 13 Fármacos profilácticos y sintomáticos para el manejo de cefaleas primarias

Profilácticos	Sintomáticos
Anticonvulsivantes y antidepresivos Amitriptilina Fluoxetina Acido valproico	Ergotamina Simatriptan
AINE Acido acetilsalicílico Naproxeno	Rizatriptan Tramadol
Antagonista de los receptores Beta-adrenérgicos Propranolol Timolol	Paracetamol Codeína Cafeína
Antagonista de los canales de calcio Verapamilo	Naproxeno
Otros Gabapentina Toxina botulínica	

Fuente: Elaboración propia con base en referencia⁴⁷.

Tabla 14 Manejo farmacológico de las cefaleas primarias según tipo

Tipo	Fármaco para prevenir	Fármaco para tratar crisis
Migraña	Antagonista de los receptores Beta-adrenérgicos, anticonvulsivantes, antidepresivos, AINE	Ergotamina, AINE, tramadol y triptanos.

Cefalea tensional	Amitriptilina	Relajantes musculares y AINE.
Cefalea trigémino-autonómicas	Litio y verapamilo	Ergotamina, glucocorticoides, lidocaína y sumatriptan.

Fuente: Elaboración propia con base en referencia⁴⁷.

2.18 Cefalea secundaria

2.18.1 Cefalea atribuida a administración o supresión de una sustancia

Los pacientes con migraña son fisiológicamente y quizá psicológicamente hipersensibles a una gran variedad de estímulos internos y externos. Se ha documentado que el alcohol, las comidas y sus aditivos, la ingestión y privación de sustancias químicas y de fármacos desencadenan de episodios de migraña en pacientes susceptibles. Las asociaciones entre la cefalea y las sustancias suelen ser anecdóticas, muchas de ellas se basan en publicaciones sobre reacciones adversas a medicamentos. El hecho que estos estímulos estén asociados con cefaleas no prueba la causalidad y no elimina la necesidad de considerar otras etiologías. Dado que estos eventos son comunes y pueden ocurrir habitualmente, la asociación entre una cefalea y la exposición a una sustancia podría ser mera coincidencia⁴⁸.

Asimismo, pueden ser un síntoma de una enfermedad sistémica, y los fármacos suministrados para tratarla podrían estar asociados con la cefalea. En concreto, en ensayos clínicos para migrañas agudas, tanto la cefalea como sus síntomas asociados se enumeran como reacciones adversas a pesar de ser síntomas de la afección que se está tratando en lugar de un resultado del tratamiento. Algunos trastornos podrían predisponer a una cefalea relacionada con medicamentos. Es importante conocer los potenciales efectos desencadenantes de cefalea de algunos medicamentos que se emplean en la práctica clínica, con el fin de etiquetar estas sustancias apropiadamente. Algunos agentes que por sí mismos no ocasionarían cefalea, sí podrían causarla al asociarse.⁴⁸

2.19 Migraña por abuso de medicamentos

Durante más de cuarenta años, la literatura médica, a través de diversos expertos en cefaleas, ha observado un fenómeno notable: el uso excesivo y frecuente de ciertos tratamientos sintomáticos para el dolor de cabeza parece contribuir a la progresión de la enfermedad primaria. La cefalea por uso excesivo de medicamentos es una condición neurológica que fue descrita por primera vez en 1934 por William G. Lennox⁴⁹.

En 1951, Peter y Horton observaron el mismo fenómeno mientras estudiaban a 52 pacientes tratados con ese medicamento. Notaron que, al suspenderlo, la sintomatología mejoraba. Desde finales de la década de 1970, Saper había estado advirtiendo sobre el efecto negativo del tartrato de ergotamina y de los analgésicos que contenían barbitúricos. Además, sugirió que el uso regular de tartrato de ergotamina, más de 2-3 días por semana, podía llevar a la dependencia y promover un aumento en la frecuencia de las cefaleas y su refractariedad⁴⁹.

En la década de los 80, estudios adicionales revelaron que las cefaleas pueden ser desencadenadas por el uso de analgésicos simples o combinados. Fue entonces cuando Rapoport acuñó el término "cefalea de rebote por analgésicos", inicialmente aplicado a la cefalea asociada al uso excesivo de medicamentos. En 1988, según los criterios de la Clasificación Internacional de Trastornos de Cefalea (ICHD, por sus siglas en inglés), este trastorno se definió como "cefalea inducida por el uso o exposición crónica a una sustancia". Esta definición implicaba que los pacientes debían experimentar dolores de cabeza al menos 15 días al mes, consumir medicamentos durante al menos 3 meses, y que la cefalea desapareciera después de un mes de suspender el medicamento⁴⁹.

Durante la década de los 90, el uso de triptanes se popularizó y surgieron más casos de cefalea crónica secundaria al uso de medicación. Sin embargo, no fue hasta 2004 que se introdujo el término "cefalea por abuso de medicación" según los criterios de la Clasificación Internacional de Trastornos de Cefalea⁴⁹.

Los criterios de clasificación para la Cefalea por Abuso de Medicación (CAM) la definen como una cefalea secundaria que surge a partir de una condición primaria

preexistente. Esta condición primaria empeora y se transforma en un nuevo tipo de cefalea en asociación con el abuso de medicación. En términos específicos, se encuentra catalogada como cefalea por abuso de medicación sintomática dentro de las cefaleas secundarias. Esta cefalea ocurre al menos 15 días al mes, y el paciente debe haber abusado de la medicación durante al menos 3 meses. Por lo general, aunque no siempre, la cefalea por abuso de medicación se resuelve después de dejar de abusar de la medicación⁴⁹.

La clasificación de la cefalea por abuso de medicación suele basarse en el tipo de fármaco utilizado en el abuso, que puede incluir ergotamínicos, triptanes, analgésicos simples, analgésicos combinados, opioides o combinaciones de varios tipos de fármacos. Se considera abuso de medicación cuando se utiliza durante al menos 10 a 15 días al mes, durante un período mínimo de 3 meses. La cefalea por abuso de medicación, clasificada como una cefalea secundaria, es el tercer tipo más común de cefalea, después de la cefalea tipo tensión y la migraña. En la mayoría de los casos de cefalea por abuso de medicación, una vez descartadas otras causas de cefalea secundaria, subyace una migraña.

2.19.1 Epidemiología

Las cefaleas secundarias representan el 2,14% del total de cefaleas, y la cefalea por abuso de medicación (CAM) sería la más común entre ellas. Se estima que la prevalencia de la cefalea por abuso de medicación se sitúa entre el 1% y el 2% de la población general. Esta prevalencia es más alta en mujeres, alcanzando el 2.6%, y aumenta al 5% después de los cincuenta años, mientras que en hombres es más baja, alrededor del 0.19%. Este fenómeno probablemente esté relacionado con la mayor prevalencia de migraña en mujeres. En la práctica clínica, la prevalencia puede ser tan alta como el 70% entre los pacientes atendidos en centros especializados en cefaleas. Entre los pacientes en clínicas de cefalea o en centros de atención terciaria, aquellos con CAM constituyen el grupo más numeroso, junto con los que padecen migraña y cefalea tensional, incluyendo subtipos de cefalea crónica diaria. Se estima que hasta el 30% de los pacientes en centros de este tipo en Europa, e incluso más del 50% en los Estados Unidos, presentan CAM⁴⁹.

Existe una evidencia significativa de que el abuso de analgésicos y la consiguiente cefalea por abuso de medicación no son solo problemas epidemiológicamente relevantes en Europa y América del Norte, sino que también están en aumento en países de Asia, con una prevalencia creciente en China y Taiwán, similar a la de Europa. Un estudio realizado en individuos chinos reveló una prevalencia del 3,9% de cefalea crónica diaria en combinación con abuso de analgésicos⁴⁹.

Aunque frecuentemente pasa desapercibida, la prevalencia de la cefalea por abuso de medicación está en aumento a nivel mundial y ha llegado a ser el tercer tipo más común de cefalea. Debido a su considerable impacto socioeconómico, es probable que sea uno de los trastornos neurológicos más costosos⁴⁹.

2.19.2 Características clínicas

La cefalea por abuso de medicación (CAM) puede ser vista como una condición clínica que se encuentra en la intersección entre la adicción a las drogas y el trastorno de dolor crónico. Con el tiempo, muchos pacientes experimentan un aumento en la frecuencia de sus ataques de cefalea, posiblemente debido a factores estresantes y/o desencadenantes. El uso excesivo de medicamentos se vuelve una práctica constante, a veces anticipándose al dolor, lo que lleva a un aumento en la refractariedad y a la consiguiente escalada en el número de días con cefalea⁴⁹.

El alto consumo de analgésicos paradójicamente aumenta la frecuencia de episodios de dolor, y las cefaleas episódicas se transforman gradualmente en crónicas diarias. Se produce lo que se llama una “cefalea de rebote”, en la que ésta supone un cierto grado de adicción al analgésico en cuestión, de tal manera que, cuando éste falta en el organismo, reaparece el dolor, que induce nuevamente al sujeto a consumir el producto para aliviar los síntomas de la retirada.

El consumo excesivo de analgésicos, paradójicamente, aumenta la frecuencia de los episodios de dolor, lo que conduce a una transformación gradual de las cefaleas episódicas en cefaleas crónicas diarias. Esto da lugar a lo que se conoce como "cefalea de rebote", en la

que la persona desarrolla cierto grado de dependencia al analgésico utilizado. Cuando falta el analgésico en el organismo, reaparece el dolor, lo que incita e al sujeto a consumir el producto para aliviar los síntomas de la abstinencia⁴⁹.

2.19.3 Fitopatología

El inicio de la CAM está relacionado con la activación del sistema trigémino-vascular y el sistema trigémino-cervical. La activación de estos está modulada por estructuras como fibras ascendentes del tallo cerebral, las influencias trigeminales generan actividad en centros de proyección como el tálamo o la corteza somatosensorial. Todas estas estructuras son susceptibles a fenómenos de neuro plasticidad y adaptación producto de la influencia de factores como la activación crónica o variaciones en sistemas de neurotransmisión. Los fármacos para alivio sintomático en cefalea inducen alteraciones en sistemas serotoninérgicos y endocannabinoide⁴⁹.

Se ha demostrado que la exposición prolongada a fármacos como paracetamol o triptanes, induce una disminución en los niveles de serotonina en la corteza del lóbulo frontal (a expensas de un aumento en los transportadores de serotonina y disminución en los sitios de unión de receptores 5-HT_{2A}). Estas alteraciones generan a su vez, un aumento en el fenómeno de propagación de la depresión cortical, importante en modelos experimentales de migraña. De igual modo se ha demostrado la reducción en niveles de anandamida y 2-acilglicerol (cannabinoides endógenos) en pacientes con migraña crónica y CAM⁴⁹.

Los mecanismos precisos que conducen al desarrollo de cefalea por abuso de analgésicos son en gran parte desconocidos, sin embargo, múltiples factores pueden estar implicados, incluyendo predisposición genética, sensibilización dentro del sistema trigémino, procesamiento anormal del dolor cortical y disminución de la actividad anti nociceptiva de las estructuras supraespinales. Se ha encontrado una mayor excitabilidad neuronal en la corteza somatosensorial y visual dentro de individuos con este diagnóstico, sin embargo, queda por dilucidar si estos hallazgos son factores predisponentes, o si en cambio son consecuencia del consumo abusivo de medicación⁴⁹.

2.19.4 Abuso de medicación durante episodios de cefalea

El abuso de medicación para aliviar los síntomas es el principal factor que conduce a la cronicidad de la migraña y al desarrollo de la cefalea por abuso de medicación. Se considera fundamental en la transición de una migraña episódica a una crónica. Es común que los pacientes con cefaleas crónicas aumenten gradualmente la dosis y la frecuencia de los medicamentos, desarrollando una verdadera dependencia sin comunicarlo al médico, a menos que este lo investigue específicamente⁴⁹.

El efecto paradójico de que los analgésicos puedan aumentar la frecuencia de las cefaleas ha sido ampliamente documentado. El uso continuado de estos fármacos puede reducir la efectividad de los tratamientos preventivos, aunque se ha observado una mejora significativa en los episodios de dolor al suspenderlos.

La automedicación es la causa más común del abuso de analgésicos, ya sea debido a una cefalea persistente, una dosificación inadecuada o su uso profiláctico por miedo a la reaparición del dolor. Esto se ve exacerbado por la publicidad comercial generalizada y la facilidad de acceso a estos medicamentos.

2.19.5 Fármacos de abuso utilizados durante la sintomatología

Los analgésicos simples, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los triptanes, los ergóticos, los opioides y los analgésicos combinados son los medicamentos más asociados con la cefalea por abuso de medicación (CAM). Es crucial identificar el tipo de fármaco de abuso, ya que algunos pueden inducir la CAM con menor tiempo de exposición y dosis más bajas, en orden descendente: triptanes, ergóticos, opioides y analgésicos⁴⁹.

Para muchos pacientes, identificar una única sustancia causante es difícil, ya que el 90% de ellos toman más de un compuesto simultáneamente, y cada uno puede contribuir a la aparición de la cefalea. El empeoramiento de la cefalea previa en pacientes que consumen frecuentemente ergóticos fue inicialmente descrito por Horton y Peters en 1951, describiendo una cefalea crónica intratable en aquellos con historia de migraña⁴⁹.

En la década de los ochenta, diversos autores demostraron que los analgésicos también contribuyen al desarrollo de formas crónicas de cefalea, lo que llevó al surgimiento del concepto de cefalea por abuso de analgésicos o cefalea de rebote⁴⁹.

Durante mucho tiempo se ha creído que los ergóticos y las combinaciones de analgésicos son los principales culpables en la inducción de la cefalea por abuso de medicación. Sin embargo, a medida que el uso de triptanes se ha generalizado, se ha observado que estos también tienen la capacidad de provocar este problema de manera aún más rápida y con dosis más bajas⁴⁹.

En los últimos años, incluso los triptanes, que representan una importante innovación terapéutica en el tratamiento de la migraña, han sido implicados en el mantenimiento y empeoramiento de la cefalea preexistente. Katsarava y sus colegas observaron que, para desencadenar la cefalea por abuso de medicación, se necesita una dosis mensual menor de triptanes en comparación con otros medicamentos que la provocan, como los analgésicos, para los cuales se requiere un consumo mensual más alto⁴⁹.

Los pacientes que sufren de cefalea y consumen con frecuencia ácido acetilsalicílico, acetaminofén o derivados ergóticos suelen experimentar un empeoramiento de su dolor de cabeza, conocido como cefalea de rebote. Es común que esta cefalea se manifieste durante la madrugada, especialmente en pacientes que abusan de derivados ergóticos, debido a la disminución de los niveles de estos medicamentos en la sangre. Es importante destacar que este tipo de cefalea solo ocurre en pacientes que ya padecen de cefaleas⁴⁹.

Algunas sustancias tienen una mayor tendencia a causar adicción, ya sea debido a su efecto analgésico o a la recompensa cerebral que proporcionan, generando una sensación de bienestar. Esto es especialmente cierto en el caso de los barbitúricos y los opiáceos. El uso de medicamentos que pueden llevar a la cefalea por abuso de medicación varía significativamente de un paciente a otro⁴⁹.

2.19.5.1 Consumo excesivo de triptanes

Frecuentemente, los triptanes son la opción preferida para tratar la migraña de moderada a severa. Principalmente, actúan como agonistas de los receptores 5-HT_{1B/1D} de la serotonina. Los triptanes son una gran familia de medicamentos que se prescriben habitualmente para el tratamiento de las migrañas. La FDA ha aprobado siete triptanes para aliviar temporalmente las cefaleas⁴⁹.

Figura 4. Triptanes aprobados por la FDA para el tratamiento de migrañas

Nombre genérico	Marca(s) en EE UU	Forma farmacéutica disponible	¿Aprobado para uso en niños?
Almotriptan	Solamente disponible en genérico	Comprimido oral	Si (12 a 17 años)
Eletriptan	Relpax	Comprimido oral	No
Frovatriptan	Frova	Comprimido oral	No
Naratriptan	Amerge	Comprimido oral	No
Rizatriptan	Maxalt, Maxalt-MLT	Comprimido oral	Si (6 a 17 años)
Sumatriptan	Imitrex, Onzetra XSAIL, Tosymra, Treximet, [†] Zembrace Symtouch	Polvo nasal, spray nasal, solución inyectable, comprimido oral	No
Zolmitriptan	Zomig, Zomig Zmt	Spray nasal, comprimido oral	No

Fuente: Imagen tomada de la referencia¹⁴⁹.

A los triptanes, también conocidos como agonistas de los receptores de serotonina, se les atribuyen tres efectos farmacológicos fundamentales como⁴⁹;

a) Vasoconstricción de los vasos sanguíneos cerebrales, que revierte la vasodilatación responsable del dolor provocado por la migraña.

b) Inhibición neuronal periférica.

c) Inhibición de la liberación de neuropéptidos y de la inflamación neurogénica en el complejo trigeminocervical.

Aún no se sabe cuál de estos efectos es el principal responsable de la actividad antimigrañosa.

El uso frecuente de triptanes puede llevar a la cefalea por abuso de medicación (CAM), lo que representa un riesgo significativo para la transformación de la migraña episódica en crónica. Los pacientes que abusan de los triptanes suelen experimentar cefaleas similares a las crisis de migraña episódica o pueden notar un aumento en la frecuencia de las migrañas⁴⁹.

Estos datos sugieren que la transformación de la migraña episódica a crónica implica la sensibilización de las vías sensoriales trigeminales, y que el abuso agudo de medicación, como los triptanes, no solo representa un factor de riesgo para esta transformación, sino que los mecanismos que conducen a la cefalea por abuso de medicación pueden ser similares a los implicados en la cronificación de la migraña⁴⁹.

Algunos de los síntomas más comunes por el consumo excesivo de los triptanes son: cefalea unilateral, cualidad pulsátil, intensidad de moderada a severa, empeora con actividad física, presencia de náuseas y vómitos⁴⁹.

2.19.5.2 Consumo excesivo de opioides

Los fármacos analgésicos opioides se emplean para aliviar el dolor de moderado a severo, actuando a nivel del sistema nervioso central. Además de sus propiedades analgésicas, tienen propiedades euforizantes que contribuyen a su efecto analgésico. Suelen dividirse en aquellos alcaloides de origen natural, derivados del opio, agentes semisintéticos, y compuestos sintéticos⁴⁹.

Entendemos que la cefalea derivada del abuso de opioides es una complicación específica para pacientes que ya padecen de cefalea. La gran mayoría de los pacientes con cefalea por abuso de medicación han experimentado previamente migraña episódica o cefalea tensional, en contraste con otras formas de cefalea primaria. Se sugiere que esta

tendencia selectiva a desarrollar cefalea por abuso de medicación en estos pacientes podría deberse a una alteración en la señalización central inmune proinflamatoria o a la presencia de sensibilización central subyacente, lo que los hace particularmente susceptibles a los efectos de la activación glial inducida por opioides⁴⁹.

Es probable que la cefalea por abuso de opioides esté relacionada con la actividad glial en una población susceptible. Además, el abuso de opioides podría desencadenar cefalea crónica únicamente en pacientes con antecedentes de cefalea, dado que las células gliales en estos pacientes podrían estar más propensas a la activación. Esto podría deberse a la exposición repetida a señales nociceptivas asociadas con la condición de cefalea o a una posible anomalía en la inmunidad subyacente⁴⁹.

Las guías de diagnóstico la definen como la cefalea por abuso de medicación más compleja de diagnosticar, ya que no define características específicas y el abordaje es esencial para un diagnóstico certero.

2.19.5.3 Consumo excesivo de analgésicos

Los AINE (Antiinflamatorios no Esteroideos) representan el primer enfoque en el tratamiento farmacológico de las cefaleas. Estos fármacos actúan inhibiendo la síntesis de prostaglandinas, bloqueando la actividad de las ciclooxigenasas, y reduciendo la inflamación neurogénica en el sistema trigeminovascular. No se han identificado diferencias significativas en cuanto a la eficacia antimigrañosa entre los distintos AINE. Sin embargo, debido a su falta de acción antiinflamatoria, el paracetamol se considera ligeramente menos efectivo que los AINE en el tratamiento de la migraña. Sin embargo, el consumo crónico de estos fármacos puede provocar el deterioro paradójico de la cefalea en migrañosos y el desarrollo de la cefalea inducida por analgésicos⁴⁹.

La serotonina (5-HT) es el neurotransmisor más involucrado en la modulación del dolor. Se ha observado un aumento en los niveles de serotonina tisular después de la administración de analgésicos. Estudios demostraron que la administración crónica de un

analgésico no narcótico induce cambios en parámetros importantes del sistema serotoninérgico central, dependiendo de la dosis y el tiempo de exposición⁴⁹.

Estas observaciones pueden contribuir a nuestra comprensión de la patogénesis de la cefalea por abuso de analgésicos. Se reconoce ampliamente el papel crucial de la serotonina (5-HT) en la patogénesis de la migraña y otros tipos de cefaleas. Además, se ha documentado que varios cambios en este sistema neurotransmisor ocurren en el contexto de la cefalea por abuso de medicamentos⁴⁹.

Es conocido que la cefalea por abuso de analgésicos puede manifestarse principalmente en pacientes con cefalea primaria, particularmente migraña, donde se han observado alteraciones en el sistema serotoninérgico (5-HT). La supresión provocada por el uso excesivo de medicamentos en un sistema antinociceptivo parcialmente deprimido, que depende de la serotonina, puede conducir a un incremento en la frecuencia de la cefalea⁴⁹.

Dentro de los síntomas más comunes para el diagnóstico se define la cefalea bilateral, cualidad opresiva e intensidad leve a moderada.

2.19.5.4 Consumo excesivo de ergóticos

Antes de la introducción de los triptanes, los fármacos ergóticos fueron utilizados como tratamiento principal para las crisis de migraña. Estos compuestos son agonistas serotoninérgicos no selectivos, bloqueadores alfaadrenérgicos e inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, lo que resulta en una acción vasoconstrictora potente y aumento de la presión arterial. Sin embargo, este mecanismo de acción está asociado con numerosos efectos secundarios y puede contribuir al desarrollo de cefalea por abuso, lo que aumenta su riesgo⁴⁹.

Los efectos antimigrañosos parecen derivarse de la vasoconstricción de las arterias cerebrales, inducida por la activación del receptor 5-HT_{1B} presente en ellas. Además, se atribuye a los fármacos la capacidad de inhibir la transmisión nerviosa del nervio trigémino (V par craneal), que desempeña un papel crucial en la transmisión de señales dolorosas desde la cavidad craneal. Esta acción se logra a través de la activación de los receptores 5-HT_{1D},

ubicados en las terminaciones sensoriales del trigémino, lo que resulta en la inhibición de la liberación de mediadores nociceptivos y vasodilatadores involucrados en la inflamación⁴⁹.

En los últimos años y con la introducción de los triptanes, se ha reducido su uso por los efectos secundarios y su tendencia a favorecer la aparición de cefalea por abuso de medicación.

Dentro de los síntomas más comunes para el diagnóstico se define la cefalea bilateral, cualidad opresiva e intensidad leve a moderada.

2.20 Criterios de diagnóstico para la cefalea por consumo de medicamentos

La cefalea por abuso de medicación implica una interacción entre el consumo excesivo de un fármaco y la predisposición del paciente. Entre aquellos con diagnósticos previos de cefaleas primarias, la mayoría presenta migraña o cefalea tensional (o ambas); solo una minoría tiene otros diagnósticos, como cefalea crónica en racimos o cefalea diaria persistente de novo⁴⁹.

El diagnóstico de la cefalea por abuso de medicación sintomática requiere una historia clínica minuciosa, con un interrogatorio detallado sobre hábitos dietéticos (consumo excesivo de cafeína), uso de medicamentos sin prescripción médica, otros. La presencia de este abuso complica el diagnóstico, el pronóstico y el éxito del tratamiento.

El diagnóstico es de suma importancia en la práctica clínica. Aproximadamente, la mitad de los pacientes con cefalea durante 15 o más días al mes durante más de tres meses padecen cefalea por abuso de medicación sintomática. Las evidencias indican que la mayoría de los pacientes con este trastorno mejora con la retirada de la medicación en exceso, así como con el tratamiento preventivo⁴⁹.

Una parte esencial del manejo de la cefalea por abuso de medicación sintomática es proporcionar consejos e información sencilla sobre sus causas y consecuencias. A menudo, basta con entregar un folleto informativo para prevenir o interrumpir el abuso de medicación. La prevención es especialmente importante en pacientes propensos a sufrir cefaleas.

Sin embargo, el comportamiento de algunos pacientes con cefalea por abuso de medicación sintomática se asemeja al observado en otras formas de farmacodependencia y la puntuación en la Escala de Severidad de Dependencia (Severity of Dependence Scale, SDS) es un factor pronóstico significativo del abuso de medicación en pacientes con cefalea⁴⁹.

En 2013, la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS, por sus siglas en inglés) publicó una nueva clasificación de las cefaleas, conocida como "La Clasificación Internacional de Desórdenes de Cefalea, 3ª Edición beta (ICHD-IIIb)". Según esta clasificación, la cefalea asociada al abuso de medicación (CAM) se define como aquella que ocurre en 15 o más días al mes, y se desarrolla como resultado del uso regular de medicamentos sintomáticos o agudos para la cefalea durante 10 o más días al mes (en el caso de abuso de ergóticos, triptanes, opioides, analgésicos combinados y múltiples clases de fármacos), o durante 15 o más días al mes (en el caso de abuso de analgésicos simples y AINE), durante más de 3 meses⁴⁹.

Tabla 15. Criterios diagnósticos para la cefalea por abuso de medicación sintomática según ICHD-III beta

Criterio A	
Cefalea que ocurre 15 o más días al mes en paciente con cefalea preexistente	
Criterio B	
Abuso habitual durante más de tres meses de uno o más fármacos que se pueden administrar como tratamiento agudo y/o sintomático de la cefalea	
Ergóticos	más de 10 días al mes
Triptanes	más de 10 días al mes
Opioides	más de 10 días al mes
Analgésicos combinados	más de 10 días al mes
Múltiples tipos de fármacos sin abuso individual de ellos	más de 10 días al mes
Analgésicos	más de 15 días al mes

AINE	más de 15 días al mes
------	-----------------------

Fuente: Elaboración propia con base referencia⁴⁶

La dosificación también juega un papel en el diagnóstico de las cefaleas por consumo excesivo de medicamentos, como se especifica en la siguiente tabla. El padecimiento no siempre es determinado por una dosificación específica, sino más que todo por un consumo diario de determinados fármacos. En la Tabla 16 se observan las posibles dosis establecidas por la ICHD-III beta.

Tabla 16. Dosis de fármacos necesarias para diagnosticar una cefalea por abuso de medicamentos

Medicamento	Dosis
AINE	1g más de dos veces a la semana
Analgésicos combinados	Mas de 3 comprimidos en un día
Opiodes	Mas de 1 comprimido al día
Triptanes	10 comprimidos individuales en un mes
Ergoticos	Mas de 1 mg al día

Fuente: Elaboración propia con base en referencia⁴⁹.

2.21 Seguimiento farmacoterapéutico empleado en los pacientes

Las cefaleas crónicas, diarias y exacerbadas por el abuso de medicación son particularmente desafiantes de tratar. Existen diversas recomendaciones para el manejo de pacientes con cefalea asociada al abuso de medicación (CAM). Es ampliamente aceptado que la discontinuación del fármaco o fármacos objeto de abuso es el enfoque terapéutico principal. Además, existe la opinión de que el tratamiento preventivo no es efectivo mientras el paciente continúa abusando de los medicamentos⁴⁹.

Hay diferentes enfoques en cuanto a la necesidad y el momento de iniciar el tratamiento preventivo. Algunos especialistas sostienen que el tratamiento de la CAM se centra únicamente en la discontinuación del fármaco causante del abuso. Otros sugieren

iniciar el tratamiento preventivo aproximadamente de 8 a 10 días después de la interrupción del fármaco abusado, argumentando que el abuso de medicación puede limitar la eficacia del tratamiento preventivo. Por otro lado, algunos abogan por iniciar el tratamiento preventivo desde el principio del manejo.

El manejo correcto para una cefalea por consumo de medicamentos se basa en una serie de pasos seguidos por parte del farmacéutico tratante, donde se debe implementar la práctica de seguimiento farmacoterapéutico⁴⁹.

2.21.1 Información al paciente

Es crucial que el paciente comprenda que enfrenta un problema crónico. Es importante que el regente farmacéutico le explique la naturaleza de su enfermedad y evacúe dudas respecto a esta, resaltando que no existe un tratamiento curativo radical, pero que puede experimentar una notable mejoría al seguir ciertas pautas, en las cuales él juega un papel fundamental. Esta colaboración es esencial para lograr el éxito terapéutico⁴⁹.

Dos puntos clave que deben transmitirse al paciente son: en primer lugar, el uso regular de analgésicos puede contribuir al desarrollo de la cefalea crónica, y, en segundo lugar, el uso de analgésicos puede interferir o disminuir la efectividad de los tratamientos preventivos para la cefalea. Además, es importante explicar al paciente que el tratamiento preventivo puede comenzar a mostrar efectos de manera gradual y no de forma inmediata⁴⁹.

2.21.2 Anulación y desintoxicación de la mediación de abuso

La retirada de la medicación abusada a menudo resulta en una disminución notable tanto en la intensidad del dolor como en la frecuencia de las crisis. Con intervenciones educativas, entre el 42% y el 92% de los pacientes con migraña crónica y cefalea asociada al abuso de medicación vuelven a una forma episódica de migraña dentro de los primeros 18 meses. Sin embargo, más del 41% de los pacientes desintoxicados tienden a recaer en el primer año después de la retirada⁴⁹.

La desintoxicación ambulatoria está dirigida a pacientes altamente motivados y disciplinados, que abusan de triptanes u otras sustancias de forma aislada, que no utilizan drogas que contienen barbitúricos o tranquilizantes, ni múltiples drogas y no presentan otros trastornos como depresión o ansiedad. Esto se aplica a pacientes sin signos típicos o efectos secundarios de la medicación abusada, como ergotismo, úlcera péptica, trastornos del sueño, diarrea o anemia⁴⁹.

La desintoxicación hospitalaria se recomienda para aquellos pacientes que están recibiendo tranquilizantes, codeína o barbitúricos, para aquellos con depresión o ansiedad, aquellos que presentan efectos secundarios de la medicación abusada o aquellos que no responden al tratamiento ambulatorio. En el caso de pacientes con cefalea asociada al abuso de medicación de larga duración, el tratamiento puede ser muy desafiante y pueden estar presentes otras enfermedades concomitantes; los trastornos psiquiátricos como los más comunes⁴⁹.

Se recomienda una interrupción abrupta del fármaco abusado, especialmente en el caso de ergóticos, triptanes y analgésicos no opioides, la cual puede llevarse a cabo exitosamente con tratamiento ambulatorio. Se ha observado que esta estrategia resulta en una mayor adherencia al plan terapéutico posterior. Sin embargo, la suspensión o interrupción del abuso suele ir acompañada del desarrollo de síntomas de abstinencia y un período de mayor dolor de cabeza, seguido de una mejoría en la cefalea⁴⁹.

Los síntomas de abstinencia suelen manifestarse típicamente durante los primeros 4 días y pueden persistir por más de 2 o 3 semanas. El cese abrupto del consumo de analgésicos puede provocar un síndrome de abstinencia, caracterizado por un aumento en la intensidad de la cefalea, trastornos vegetativos como náuseas, vómitos, taquicardia, hipotensión, entre otros, así como alteraciones del sueño, agitación, temblores e incluso convulsiones en el caso de los barbitúricos⁴⁹.

Es común que aparezca lo que se conoce como "cefalea por supresión". Estos síntomas suelen iniciarse entre 24 y 48 horas después de suspender la medicación analgésica y pueden persistir durante 5 a 7 días. Datos de estudios retrospectivos indican que la duración

de la cefalea por supresión suele ser menor en pacientes que han abusado de triptanes (4,1 días) en comparación con aquellos que han abusado de ergóticos (6,7 días) o analgésicos (9,5 días)⁴⁹.

Cuando se trata de fármacos con una dependencia conocida, como los opioides, tranquilizantes o barbitúricos, se sugiere una retirada gradual para mitigar la aparición de síntomas de abstinencia severos.

2.21.3 Tratamiento de por supresión de medicamentos

Una vez que se ha suspendido el medicamento del cual se abusaba, es común experimentar una cefalea intensa conocida como "cefalea de rebote" o "cefalea por supresión". Esta cefalea suele estar directamente relacionada con el tipo de analgésico utilizado en exceso, la duración de la exposición y las dosis empleadas. Se ha observado que la cefalea por supresión es significativamente más prolongada en casos de abuso de analgésicos en comparación con triptanes o ergóticos⁴⁹.

Para evitar la cefalea de rebote, se recomienda sustituir los analgésicos por AINE, administrados según una pauta de 2-3 semanas. Se pueden emplear varios AINE recomendados por la Sociedad Española de Neurología, como Naproxeno sódico, Dexketoprofeno o Ibuprofeno, ya que no parecen inducir cefalea de rebote. Es común el uso de naproxeno con una pauta cada 12 horas durante 15 días. Otra opción es una pauta decreciente de corticoide, utilizando prednisona a dosis de 60-100 mg al día con una reducción gradual durante 7-14 días⁴⁹.

En cuanto al tratamiento sintomático, en caso de necesidad, se pueden agregar triptanes, limitando su uso a un máximo de 2 días a la semana (2 dosis diarias). En casos adicionales, suelen asociarse antieméticos como domperidona o metoclopramida⁴⁹.

2.21.4 Tratamiento profiláctico

Los tratamientos preventivos tienen como objetivo reducir la frecuencia, duración y/o gravedad de las cefaleas. Se considera que un tratamiento profiláctico es efectivo cuando el

paciente experimenta una reducción del número de crisis en $\geq 50\%$. Los regímenes preventivos incluyen modificaciones del estilo de vida (por ejemplo, los hábitos de sueño y la dieta) y fármacos (los fármacos de primera elección son los β -bloqueantes y los antagonistas del calcio)⁴⁹.

Un tema ampliamente debatido es el papel y el momento óptimo para iniciar la medicación preventiva, especialmente en el contexto de la migraña asociada con el abuso de medicamentos. Algunos argumentan que la suspensión de la medicación abusiva debería preceder al inicio del tratamiento preventivo, mientras que otros sostienen que comenzar el tratamiento preventivo facilita el proceso de retirada.

Es fundamental realizar una correcta identificación y clasificación de la cefalea primaria para utilizar el tratamiento profiláctico más adecuado. Esto puede incluir bloqueadores beta, calcioantagonistas o neuromoduladores para la migraña y antidepresivos para la cefalea tipo tensión.

El tratamiento profiláctico tiene dos objetivos principales:

1. Mejorar la calidad de vida y prevenir el potencial abuso de analgésicos en pacientes que experimentan más de 10 días al mes con cefalea basal⁴⁹.

2. Evitar el sobreuso de medicación en pacientes con episodios frecuentes de cefalea, estableciendo pautas posológicas adecuadas y evitando la asociación inapropiada de productos con alta tasa de adicción, como opioides, benzodiacepinas o barbitúricos⁴⁹.

Tabla 17 Dosis diarias recomendadas de los principales tratamientos preventivos

Beta-bloqueadores	Dosis
Propranolol	60 mg
Atenolol	50 mg
Metoprolol	100 mg

Antidepresivos	Dosis
Amitriptilina	25 mg
Antiepilépticos/ Neuromoduladores	Dosis
Ac. Valproico	600 mg
Topiramato	100 mg
Calcioantagonistas	Dosis
Flunaricina	5 mg

Fuente: Elaboración propia con base en referencia⁴⁹.

2.22 Evolución de la patología

Se han realizado pocos estudios a largo plazo en pacientes con cefalea por abuso de medicación y los resultados disponibles son contradictorios, posiblemente debido a diferencias metodológicas. No está claro si existen factores predictivos en la evolución de estos pacientes⁴⁹.

Algunos autores sugieren factores que pueden influir en el pronóstico, con ciertos indicadores asociados a resultados más favorables:

1. Historial previo de migraña.
2. Menor tiempo de consumo de analgésicos.
3. Uso de analgésicos simples.
4. El empleo de tratamiento preventivo se ha vinculado con mejores perspectivas de evolución.

En el caso de un peor pronóstico, los factores identificados incluyen:

1. Historial previo de cefalea tensional.
2. Mayor duración de consumo de analgésicos.

3. Abuso de ergóticos, opiáceos y analgésicos combinados⁴⁹.

El éxito en el tratamiento se define como la ausencia de cefalea o una mejoría del 50% o más en los síntomas en comparación con los días de presentación. La probabilidad de recaída en estos pacientes depende de dos factores principales: el tipo de cefalea primaria y el medicamento de abuso. Se ha observado que el riesgo de recaída es más alto durante los primeros 12 meses⁴⁹.

El riesgo de recaída disminuye si se evita el abuso de medicación durante al menos 12 meses después de la retirada, y en general, se considera que el tratamiento ha sido exitoso si la mejoría lograda tras la desintoxicación, con o sin profilaxis, se mantiene al año de seguimiento⁴⁹.

Existen diversos factores de riesgo de recaída, como el sexo masculino, el diagnóstico de cefalea tensional, la frecuencia de la cefalea primaria, una mayor severidad de la migraña, una larga historia de abuso de fármacos, un mayor número de tratamientos profilácticos, el consumo de múltiples clases de fármacos analgésicos o de fármacos que contienen codeína, el abandono de ergotamínicos o triptanes más que el de analgésicos, continuar con el fármaco que fue objeto de abuso, mala calidad del sueño, dolor corporal y discapacidad por la cefalea crónica⁴⁹.

La prevención representa el aspecto crucial para la CAM y son numerosos los estudios que muestran el papel fundamental de la información a los pacientes con cefalea sobre el riesgo que supone el abuso de medicación, donde el farmacéutico tiene la responsabilidad de educar al paciente y realizar un abordaje adecuado que garantice un diagnóstico certero, para así disminuir la carga de esta problemática que ha tenido un gran incremento en los últimos años.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

En el siguiente capítulo se presenta el marco metodológico.

Franco definió marco metodológico:

Al conjunto de acciones destinadas a describir y analizar el fondo del problema planteado, a través de procedimientos específicos que incluye las técnicas de observación y recolección de datos, determinando el "cómo" se realizará el estudio, esta tarea consiste en hacer operativa los conceptos y elementos del problema que estudiamos, del mismo modo⁵⁰.

Sabino dice: "en cuanto a los elementos del marco metodológico que es necesario operacionalizar pueden dividirse en dos grandes campos que requieren un tratamiento diferenciado por su propia naturaleza: el universo y las variables"⁵⁰.

Así mismo, señala Arias que el marco metodológico es el "conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas". Este método se basa en la formulación de hipótesis, las cuales pueden ser confirmadas o descartadas por medios de investigaciones relacionadas con el problema⁵⁰.

En la presente investigación se selecciona y detallada el enfoque metodológico de interés, con el fin de definir el tipo de investigación, sujeto y fuentes de investigación deseados, ya que se requiere obtener conocimientos básicos y formales que enriquezcan el estudio, para así aplicar los instrumentos para obtener información de una manera precisa y eficaz.

3.1 Enfoqué metodológico

El enfoque metodológico se refiere a la estrategia y los métodos utilizados para recolectar, analizar y presentar los datos en una tesis. Es la brújula que guía al investigador a lo largo del proceso de investigación y garantiza la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos. Al adoptar un enfoque metodológico adecuado, se establecen las bases para una investigación rigurosa y efectiva ⁵¹.

El primer paso en el diseño del enfoque metodológico es seleccionar el tipo de investigación que se llevará a cabo. Las investigaciones pueden ser cuantitativas, cualitativas o una combinación de ambas. La elección del enfoque dependerá de la naturaleza del problema de investigación, los objetivos planteados y los recursos disponibles⁵¹.

Las investigaciones cuantitativas se centran en la recopilación de datos numéricos y su análisis estadístico, mientras que las investigaciones cualitativas se enfocan en la comprensión profunda de fenómenos y contextos particulares⁵¹.

Para el desarrollo del presente estudio, se selecciona el enfoque cualitativo. Bonilla determinó a ese respecto:

La investigación cualitativa intenta hacer una aproximación global de las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas a partir de los conocimientos que tienen los diferentes actores involucrados en ellas, puesto que los individuos interactúan con los otros miembros de su contexto social compartiendo el significado y el conocimiento que tienen de sí mismos y de su realidad⁵².

El método cualitativo busca conceptualizar la realidad con base en los conocimientos, las actitudes y los valores que guían el comportamiento de las personas que comparten un contexto temporoespacial. A través de este método se busca captar el conocimiento, significado e interpretaciones que comparten los individuos sobre la realidad social que se estudia, el análisis debe ser de grupos pequeños o representativos de las tendencias de comportamiento y para dicha selección se debe contar con la aprobación de la comunidad estudiada. La investigación cualitativa se caracteriza por el énfasis en la narración⁵².

Las investigaciones cuantitativas se centran en la recopilación de datos numéricos y su análisis estadístico, mientras que las investigaciones cualitativas se enfocan en la comprensión profunda de fenómenos y contextos particulares⁵².

En el método inductivo, se parte de un conjunto de hechos y observaciones específicas para llegar a una generalización. La premisa es una afirmación sobre un número limitado de casos particulares, y se busca establecer una conclusión que se aplique a todos los casos similares en el futuro⁵².

Por otro lado, el método deductivo se basa en la lógica y las premisas generales para llegar a conclusiones específicas. Las premisas son afirmaciones que se consideran verdaderas y que se utilizan para establecer conclusiones mediante un razonamiento lógico. Por lo tanto, el método deductivo es útil para probar teorías y hacer predicciones, y es comúnmente utilizado en la investigación cuantitativa y las ciencias naturales³⁶.

3.2 Tipos de investigación

En general, no existe acuerdo en la clasificación de las distintas formas de investigación y, la que se asume por los diferentes autores, depende del paradigma epistemológico que sustentan. No obstante, algunos metodólogos parecen coincidir en que los tipos de investigación pueden ser clasificados como exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos⁵³.

Para la realización de esta investigación se determina que es de tipo descriptivo ya que el objetivo principal que se tiene es la recopilación de información sobre el conocimiento y manejo que presentan los regentes del Hospital Metropolitano frente a migrañas crónicas por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos basándose en la experiencia de los profesionales en estudio los cuales serán entrevistados⁵³.

La investigación descriptiva es una investigación de segundo nivel, inicial, cuyo objetivo principal es recopilar datos e informaciones sobre las características, propiedades, aspectos o dimensiones de las personas, agentes e instituciones de los procesos sociales. Como dice R. Gay “La investigación descriptiva, comprende la colección de datos para probar hipótesis o responder a preguntas concernientes a la situación corriente de los sujetos del estudio. Un estudio descriptivo determina e informa los modos de ser de los objetos”⁵³.

La investigación descriptiva opera cuando se requiere delinear las características específicas descubiertas. Esta descripción podría realizarse usando métodos cualitativos, que tienen como función esencial medir (de la forma más precisa posible) las características, propiedades, dimensiones o componentes descubiertos en las investigaciones exploratorias; las investigaciones descriptivas, en última instancia, se interesan en medir con la mayor precisión posible⁵³.

Los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. El investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, que se medirá⁵³.

3.3 Participantes del estudio

La población de estudio es un conjunto de casos, definido, limitado y accesible, que formará el referente para la elección de la muestra, y que cumple con una serie de criterios predefinidos. Es necesario aclarar que cuando se habla de población de estudio, el término no se refiere exclusivamente a seres humanos, sino que también puede corresponder a animales, muestras biológicas, expedientes, hospitales, objetos, familias, organizaciones, etc.; para estos últimos, podría ser más adecuado utilizar un término análogo, como universo de estudio. Es importante especificar la población de estudio porque al concluir la investigación a partir de una muestra de dicha población, será posible generalizar o extrapolar los resultados obtenidos del estudio hacia el resto de la población o universo⁵⁴.

La muestra es un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación. Hay procedimientos para obtener la cantidad de los componentes de la muestra como fórmulas, lógica y otros que se verá más adelante. La muestra es una parte representativa de la población. La muestra de la siguiente investigación se escoge por conveniencia, teniendo en cuenta que presente relación con el estudio y experiencia en el tema por investigar⁵⁴.

Mata indicó que, de sujetos de estudio se hace referencia a un “tipo de investigación científica cuyo proceso de recolección de información se realiza mediante la aplicación de

métodos y técnicas que implican trabajo de consulta y conversación con personas, cual es la investigación de campo”⁵⁵.

Los sujetos de estudio son aquellas personas o grupos de personas que forman parte de los colectivos cuyas características, opiniones, experiencias, condiciones de vida, entre otros rasgos y atributos cobran interés particular para investigaciones con enfoque cuantitativo o cualitativo⁵⁵.

3.4 Población y muestra

La población dirigida en la presente investigación son los regentes farmacéuticos de Costa Rica, con el fin de recolectar información sobre el manejo correcto de las migrañas por consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos para abordar y garantizar el bienestar de los pacientes. Fue elegida porque los profesionales en el área de farmacia son los encargados de la educación y orientación a los pacientes sobre el uso adecuado de los medicamentos; además de que conocen la síntesis química y biológica de estos fármacos.

Este profesional es el encargado de realizar el seguimiento farmacoterapéutico correspondiente a los pacientes, pues cuenta con conocimiento sobre dosificación, interacciones medicamentosas, mecanismos de acción, reacción adversas y contraindicaciones, lo que facilita crear un diagnóstico certero y así mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La muestra seleccionada para la siguiente investigación es no aleatoria por conveniencia. Se tiene acceso a los profesionales farmacéuticos que desempeñan su puesto como regentes en el Hospital Metropolitano, por las disposiciones permitidas por la universidad, además de que se requiere que los participantes del estudio muestren conocimiento y experiencia en el área de estudio.

3.4 Fuentes de información

Hernández Sampieri, en 1996, definió la fuente de información como una persona y objeto que provee datos para la investigación. Las fuentes de información le permiten al investigador centrar el trabajo evitando desviaciones, facilitando la elaboración de hipótesis básicas y proporcionando un marco de referencia para interpretar posteriormente interpretar resultados⁵⁶.

Existen tres tipos de fuentes de información las cuales serán detalladas a continuación. Obsérvese:

3.4.1 Fuentes primarias

Gallardo, en 1991, describió que las fuentes primarias son aquellas que:

Otorgan un testimonio o evidencia directa del tema de investigación. Son escritas durante el tiempo que se está estudiando o por el investigador directamente envuelto en la investigación. Las fuentes primarias ofrecen un punto de vista desde adentro del fenómeno particular que se está estudiando⁵⁶.

Refiriéndose a esta investigación, las fuentes primarias son las respuestas obtenidas de las entrevistas realizadas a los sujetos de estudio, donde brindan la información necesaria respecto del tema de investigación⁵⁶.

Las fuentes primarias de información incluyen artículos científicos obtenidos de bases de datos como Google Académico, Scielo, PubMed, Elsevier, entre otras. También se consultaron tesis y documentos de alta confiabilidad que abordan temas relacionados con las cefaleas, clasificación, abordaje, fisiopatología, tratamiento, entre otros.

Medigraphic: Revistas de distintas especialidades biomédicas, con trabajos de investigación en versión completa sin costo.

Elsevier: Editorial académica con sede en los países bajos que se especializa en contenido científico, técnico y médico.

Scielo: (Scientific Electronic Library Online).

Redalyc: La Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

COLFAR: Colegio de Licenciados Farmacéuticos.

3.4.2 Fuentes secundarias

Gallardo, en 1991, definió a las fuentes secundarias como aquellas que interpretan y analizan las fuentes primarias. Las fuentes secundarias están a un paso de distancia de las primarias. Estas suelen ser iniciadas de los datos secundarios, tomando datos de fuentes internas y externas⁵⁶.

Para la realización de esta investigación las fuentes secundarias serán el repositorio de revistas UCR y la Organización Mundial de la Salud.

3.4.3 Fuentes terciarias

Una fuente terciaria consolida y organiza las fuentes primarias y secundarias juntas en una sola fuente para facilitar el acceso rápido a la información. Las fuentes terciarias son buenos puntos de partida para proyectos de investigación porque a menudo extraen el significado esencial o los aspectos más importantes de grandes cantidades de información en un formato conveniente⁵⁶.

3.5 Criterios de búsqueda

En el proceso de investigación, la fase de búsqueda de información se destaca como un elemento fundamental. Es la base sólida sobre la cual se construye todo el proceso investigativo. Para garantizar una selección adecuada de datos, es crucial establecer criterios de búsqueda rigurosos que aseguren la recopilación de información pertinente para el estudio

en cuestión. Para lograr esta selección óptima, es importante diseñar una estrategia de búsqueda bien estructurada, utilizando descriptores relevantes que se ajusten a los objetivos perseguidos. Además, es fundamental utilizar motores de búsqueda fiables que permitan consultar simultáneamente múltiples fuentes de información⁵³.

Tabla 18 Criterios de búsqueda utilizados, según objetivos

Objetivos	Descriptores	Motores de búsqueda	Período de estudio	Idioma
Identificar los analgésicos y fármacos antimigrañosos más utilizados por los pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que padecen de migraña crónica.	Automedicación	Google académico, Scielo,	2015-2024	Español e inglés
	Uso frecuente de analgésicos	Pubmed, Redalyc,		
	Uso frecuente de antimigrañosos	Elsevier, COLFAR.		
Evaluar las prácticas actuales de seguimiento farmacoterapéutico llevadas a cabo por los	Necesidades actuales de los regentes farmacéuticos	Google académico, Scielo, Pubmed, Redalyc,	2015-2024	Español e inglés

<p>regentes farmacéuticos del Hospital Metropolitano en el manejo de la migraña crónica y cefaleas en pacientes ambulatorios.</p>	<p>Educación al paciente</p>	<p>Elsevier, COLFAR.</p>		
<p>Determinar áreas de mejora en las prácticas de seguimiento farmacoterapéutico para pacientes con migraña crónica causada por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos.</p>	<p>Informe situación</p>	<p>Google académico, Scielo, Pubmed, Redalyc, Elsevier, COLFAR.</p>	<p>2015-2024</p>	<p>Español e inglés</p>
	<p>Implementación de seguimiento farmacoterapéutico</p>			
	<p>Fortalecimiento en la atención farmacéutica</p>			

Fuente: Elaboración propia, 2024.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión desempeñan un papel fundamental en la definición de los límites de la información recopilada, pues aseguran que esta se ajuste a los requisitos del tema de investigación. Los criterios de inclusión se refieren a las características específicas que la información debe poseer para ser considerada relevante y ser incluida en el estudio. En contraste, los criterios de exclusión hacen referencia a condiciones o características que, de estar presentes, podrían influir negativamente en los resultados, lo cual lleva a que dicha información no sea considerada apta para su inclusión en la recopilación de datos⁵⁷.

Tabla 19 Criterios de inclusión y exclusión para la selección de los artículos

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos que se encuentren en el rango de 2024 a 2015.	Artículos mayores a un período de diez años.
Artículos sobre información de automedicación.	Artículos que hablen sobre automedicación de fármacos que no sean analgésicos ni antimigrañosos.
Artículos en idioma inglés y español.	Artículos que no sean en el idioma de español o inglés.
Artículos sobre cefalea.	Artículos que no sean de cefalea.
Artículos sobre cefalea por consumo de medicamentos.	Artículos desactualizados sobre la cefalea por consumo de medicamentos.
Artículos sobre métodos de seguimiento farmacoterapéutico.	Artículos que no hablen sobre el seguimiento farmacoterapéutico.
Artículos sobre cómo debe ser la atención farmacéutica.	Artículos que no hablen sobre atención farmacéutica.

Fuente: Elaboración propia, 2024.

3.5 Técnica de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos son un conjunto de diferentes herramientas que permiten reunir información de forma hábil y eficaz con fines de investigación y análisis. Continuando, se establecen las técnicas por utilizar para la recolección de datos las cuales darán cumplimiento a los objetivos establecidos en la investigación⁵⁸.

3.5.1 Revisión documental

Vega y Sarmiento define la revisión documental como la información detallada y rigurosa, obtenida de la búsqueda en la investigación. Aseguran la corrección y fiabilidad de la información existencial⁴⁰. La investigación documental es detectar, obtener y consultar la biografía y otros materiales que parten de otros conocimientos y/o informaciones recogidas moderadamente de cualquier realidad, de manera selectiva, de modo que puedan ser útiles para los propósitos del estudio⁵⁸.

Existen dos tipos de fuentes documentales establecidas, las fuentes documentales primarias, descritas como obras originales del autor y las fuentes documentales secundarias, que se describen como trabajos referentes a la obra propia del autor como tal⁵⁸.

3.5.2 Entrevista a profundidad

La entrevista en profundidad permite conocer a fondo al sujeto de investigación, ya que siguen el modelo de conversación entre iguales. Tienen mucho en común con la observación participante, ya que primero observa cuál es la información del entrevistado antes de dirigir la conversación hacia los objetivos de la investigación⁵⁸.

Para esta investigación, la entrevista a profundidad se aplicará a las 6 personas profesionales, para que, desde su experiencia se brinde un criterio con base en los siguientes elementos:

1. Abordaje terapéutico de cefaleas comunes y cefaleas por consumo de medicamentos.

2. Criterios de diagnóstico para las cefaleas comunes y por consumo de medicamentos.
3. Fármacos analgésicos y antimigrañosos con más movimiento dentro del establecimiento.
4. Áreas de mejora para el fortalecimiento de la atención farmacéutica.

En esta investigación se utilizaron entrevistas con profesionales de farmacia que desempeñan roles como regentes farmacéuticos en Costa Rica. Las entrevistas consistieron en 14 preguntas abiertas, las cuales fueron grabadas y posteriormente transcritas para facilitar el análisis de los resultados. Esta metodología permitió entablar un diálogo con los profesionales mencionados en la tabla, con el fin de obtener información relevante o útil para los resultados esperados de la investigación.

El dialogo establecido tiene una clasificación bidireccional, pues este es un tipo de intercambio donde hay un flujo de información en ambas direcciones. Es decir, tanto el emisor como el receptor tienen la oportunidad de transmitir y recibir mensajes. La comunicación se caracteriza por ser una conversación en la que ambas partes participan activamente. En la comunicación bidireccional, el diálogo es abierto y se busca un intercambio equitativo de información y opiniones⁵⁸.

Tabla 20 Profesionales que participaron de la entrevista

Profesional	Ocupación	Nombre del profesional
EN-1	Regente farmacéutico	Ana Catalina Fajardo Barrantes
EN-2	Regente farmacéutico	Nidia Carmona Castro
EN-3	Regente farmacéutico	Alejandro Arias Arguedas
EN-4	Regente farmacéutico	María Delfina Chaves Rodríguez

EN-5	Regente farmacéutico	Maryam Tebyanian Castro
EN-6	Regente farmacéutico	Yorgelis Arce Herrera

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Para validación de la entrevista, se consideraron profesionales de la salud que no forman parte del grupo de profesionales entrevistados. En el proceso de validación, se incluyeron docentes de la Universidad Internacional de las Américas. El objetivo era utilizar una herramienta efectiva para recopilar información que proporcionara datos pertinentes para abordar la pregunta de investigación y cumplir con los objetivos establecidos.

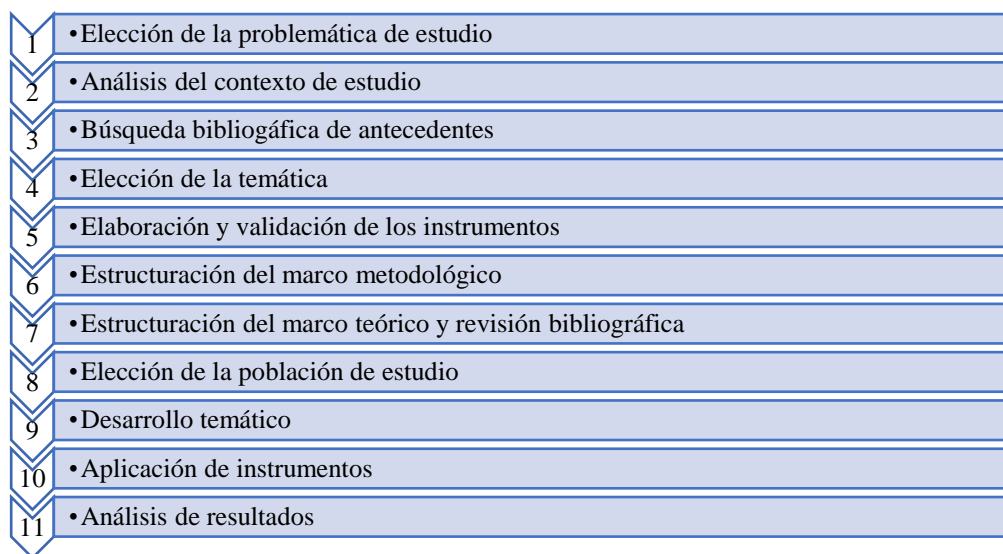
Tabla 21 Profesionales que colaboraron en la validación de la entrevista

Profesional	Profesión	Nombre del profesional
1	Farmacéutica	Kristel Gómez Oviedo
2	Farmacéutica	María Cristina Castro Madriz
3	Farmacéutico	Luis Esteban Jiménez Sánchez

Fuente: Elaboración propia, 2024.

A continuación, se presentan las etapas de la investigación de acuerdo, con Ramírez.

Figura 5 Etapas del proceso de investigación



Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁵⁹

3.6 Tratamiento de datos

Se describirá la técnica de tratamiento de datos por utilizar luego de ser aplicados los instrumentos de la investigación. La recolección de datos consiste en recoger y organizar datos relacionados sobre variables, hechos, contextos, categorías y comunidades involucrados en la investigación y estos son obtenidos por medio de la aplicación de instrumentos que deben ser correctos, precisos, así como probados⁵⁸.

Los datos obtenidos serán distribuidos conforme las respuestas proporcionadas por los sujetos durante las entrevistas realizadas. Serán categorizados de acuerdo con los objetivos planteados. Se expondrán los hallazgos determinados durante la investigación, los cuales estén relacionados con los objetivos y además, la información de relevancia que se extraiga de fuentes de información que tengan relación con las cefaleas por consumo excesivo de medicamentos.

Para la realización de este estudio se seleccionó la triangulación como técnica de recolección de datos.

Denzin, define la triangulación de datos como “la aplicación y combinación de varias metodologías de la investigación en el estudio de un mismo fenómeno”. La triangulación se ve como un procedimiento de verificación mediante el cual los investigadores buscan la convergencia entre múltiples y diferentes fuentes de información para formar temas o categorías en un estudio. Es un sistema de clasificación a través de los datos para encontrar temas o categorías comunes al eliminar áreas superpuestas⁶⁰.

La triangulación ofrece beneficios para el estudio como proporcionar fuentes adicionales de información valiosa que no se pudieron obtener solo de la revisión de la literatura; minimizar las deficiencias de la investigación de una sola fuente al involucrar tres fuentes de datos que se complementaron y verificaron entre sí, y también, proporcionar información más rica y completa en el sentido de que el investigador pudo extraer información de varias fuentes, incluyendo entrevistas personales que proporcionaron experiencias de primera mano⁶⁰.

Luis Rivas describió la categoría de análisis como una “referencia a una estrategia de tipo metodológica. Su principal función es la de describir el objeto de estudio o fenómeno sobre el cual estamos investigando”. De esta manera, lo recomendable es que las categorías de análisis no sean mayores a cinco en un proceso de indagación. Además, en su determinación se pueden incluir subcategorías y otros indicadores para guiar de manera precisa los procedimientos sistemáticos de la investigación⁶¹.

Tabla 22 Categorías de análisis

<i>Objetivo específico</i>	<i>Categoría</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición procedimental</i>
Identificar los analgésicos y fármacos antimigrañosos más utilizados por los pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que	Analgésicos y fármacos antimigrañosos	Analgésico es aquello vinculado a la analgesia: la ausencia o la eliminación de dolor. Antimigrañosos: previenen o contrarrestan la migraña	Guía de preguntas, ítems 1 y 2. Revisión bibliográfica

<i>Objetivo específico</i>	<i>Categoría</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición procedimental</i>
padecen de migraña crónica.			Guía de preguntas, ítems 1 y 2. Revisión bibliográfica
Evaluar las prácticas actuales de seguimiento farmacoterapéutico llevadas a cabo por los regentes farmacéuticos del Hospital Metropolitano en el manejo de la migraña crónica y cefaleas en pacientes ambulatorios.	Seguimiento farmacoterapéutico	Práctica profesional que evalúa y monitoriza la función de las necesidades que pueda presentar el paciente	Guía de preguntas, ítems 3,4,5,6,7,8,9. Revisión bibliográfica
Determinar áreas de mejora en las prácticas de seguimiento farmacoterapéutico para pacientes con migraña crónica causada por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos.	Áreas de mejora en seguimiento farmacoterapéutico	Área de mejora: optimización para lograr mejores resultados	Guía de preguntas, ítems 10,11,12,13,14. Revisión bibliográfica

Fuente: Elaboración propia, 2024.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente apartado se encontrará el análisis de resultados obtenido de las entrevistas realizadas. Se describen puntos como el abordaje terapéutico de cefaleas comunes y cefaleas por consumo de medicamentos, criterios de diagnóstico para las cefaleas comunes y por consumo de medicamentos, fármacos analgésicos y antimigrañosos con más movimiento dentro del establecimiento y áreas de mejora para el fortalecimiento de la atención farmacéutica. Se realizaron 14 preguntas abiertas previamente aprobadas y validadas por un grupo de profesionales, las cuales fueron grabadas y posteriormente transcritas para facilitar el análisis de los resultados.

Para el desarrollo de este capítulo se establece dividir los resultados en tres secciones propiamente diferenciadas entre sí, para exhibir la información adquirida durante la investigación planteada. En este apartado desarrolla el primer objetivo específico, en el cual se delimitan los analgésicos y fármacos antimigrañosos más comunes en la sociedad actual, que visita ambulatoriamente el Hospital Metropolitano.

En la segunda sección, por consiguiente, en el objetivo específico número dos, se evaluará el abordaje y las prácticas de seguimiento farmacoterapéutico de los regentes farmacéuticos a pacientes que se presentan en el establecimiento farmacéutico con consultas relacionadas con el tema en estudio.

Para finalizar, la última sección describe el objetivo específico número tres. Esta se encuentra destinada a determinar las áreas de mejora que deben implementar los regentes farmacéuticos del Hospital Metropolitano, para mejorar y generar un seguimiento farmacoterapéutico eficaz, frente a pacientes con migraña crónica causada por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos, para la optimización de la atención farmacéutica.

El objetivo planteado en este apartado busca brindar una evidencia de la información adquirida durante las entrevistas realizadas específicamente a regentes farmacéuticos que laboran en el Hospital Metropolitano y la literatura donde se recolectó la información necesaria para resolver las preguntas e incógnitas que surgieron al plantear el problema de investigación.

4.1 Identificar los analgésicos y fármacos antimigrañosos más utilizados por los pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que padecen de migraña crónica.

Para el desarrollo del primer objetivo se detallan cuidadosamente los puntos más sobresalientes durante la investigación descrita. Estos puntos se han identificado como variables fundamentales de desarrollar en el marco de este estudio.

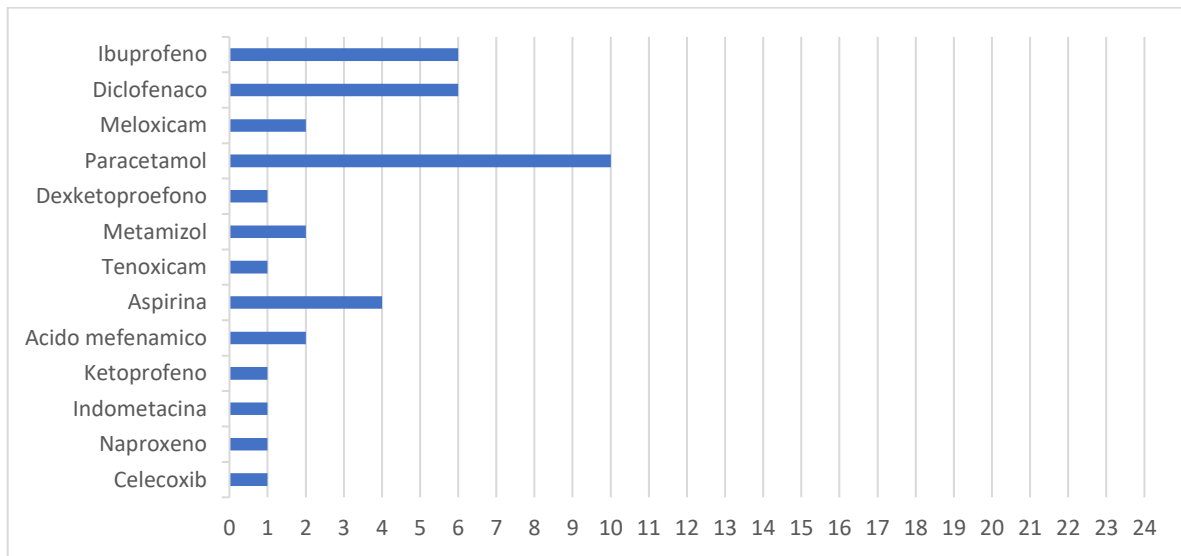
El dolor es la respuesta neurofisiológica que se produce después de una lesión o daño físico; en ocasiones puede expresarse en lesiones inexistentes; es definido también como una experiencia sensorial o emocional que puede ser percibida por todo ser vivo. Al ser una experiencia sensorial o emocional indica que no todas las personas sobrellevan el dolor de la misma manera, por esta razón se crearon escalas para medir el dolor: del 1-10 se describe el 10 como un dolor insoportable y el 1 un dolor moderado; eso facilita la comprensión para los médicos de la intensidad que presente la persona del dolor⁶³.

Según la fisiopatología de la migraña, esta se describe con una hipótesis neurovascular, por la disfunción primaria de los centros de control del dolor y vascular del tronco cerebral que produce una cascada de cambios secundarios en la regulación vascular de las estructuras intracraneales que finalmente producen dolor de cabeza y síntomas asociados⁴³.

4.1.2 Identificación de los analgésicos más utilizados según la literatura

La analgesia como tal, es descrita como la eliminación de la sensación del dolor donde se implementan diferentes métodos para dar con ella. Existen medicamentos utilizados para la analgesia y tienen categorías de clasificación como opioides, antiinflamatorio no esteroideo y analgésicos. Según una distinta recolección de artículos bibliográficos sobre el uso de analgésicos para el dolor se obtiene como resultado la siguiente clasificación⁶⁴.

Figura 6 Analgésicos más utilizados para el dolor según la literatura



Fuente: Elaboración propia con base a la referencia ⁶⁴

Según los datos obtenidos, se logra observar un análisis literario sobre los analgésicos más utilizados en la actualidad. Se utilizaron 24 artículos en su totalidad, para realizar la investigación. Se obtiene como resultado una gran similitud entre los resultados del Celecoxib, Naproxeno, Indometacina, Ketoprofeno, Tenoxicam y Dexketoprofeno, todos con una mención del total de artículos de manera individual, ya que son utilizados para tratar síntomas de dolor, pues actúan de manera rápida sobre el dolor agudo o crónico. Por otra parte, el diclofenaco e ibuprofeno son AINE categorizados por su buena acción analgésica, antiinflamatoria y antipirética, casi siempre son de las primeras opciones de escogencia de los pacientes; son mencionados al menos en 6 de los 24 artículos. El ácido mefenámico, el metamizol y meloxicam compiten entre ellos mismos, ya que presentan igualdad de uso para signos de dolor y fiebre; por consiguiente, tienen mención al menos en 2 de los artículos. La Aspirina se lleva el tercer lugar y es mencionada en 4 de los 24 artículos tomados en cuenta y presenta un porcentaje sobresaliente sobre los demás principios activos estudiados.

Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos actúan bloqueando la formación de eicosanoides, que son mediadores inflamatorios, a partir del ácido araquidónico. Para ello,

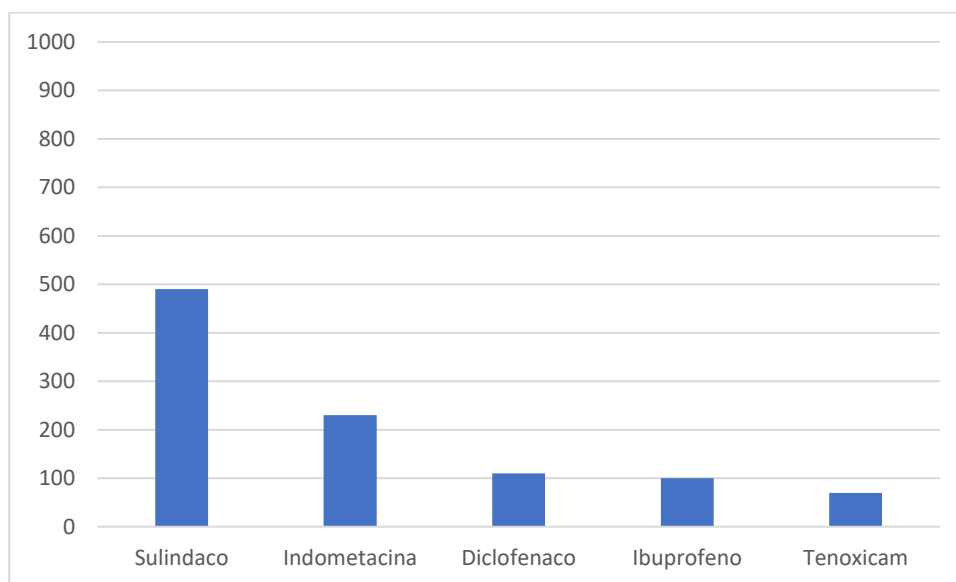
inhiben la vía de la Ciclooxygenasa, enzimas que permiten esta transformación. Al actuar sobre la vía de la ciclooxygenasa 2, los AINE imposibilitan la inflamación, precisamente porque esta es la enzima responsable de la formación de mediadores inflamatorios, que provocan la agregación de las células presentes en este proceso (células inflamatorias). Por tanto, si no se produce inflamación, sus signos (dolor, enrojecimiento, calor, edema y pérdida de función) no están presentes, lo cual justifica el uso de estos fármacos⁶⁴.

Para finalizar, con un porcentaje mayoritario de gran relevancia el Paracetamol ocupa el primer lugar y es la principal opción de analgesia preferida por los pacientes, mencionada en al menos 10 de los artículos; se evidencia su amplio uso, a pesar de que no es categorizado como un antiinflamatorio no esteroideo, pues no presenta propiedades antiinflamatorias, pero es utilizado principalmente como analgésico y antipirético y ha ganado una alta gama por su buena acción a nivel somático y su moderada intensidad. Además, su seguridad lo hace sobresaliente sobre muchos fármacos, ya que presenta menos riesgos de interacciones y es una perfecta opción para pacientes con patologías asociadas a la coagulación⁶⁴.

4.1.3 Analgésicos más utilizados en Costa Rica

En Costa Rica se realizó un análisis del consumo de AINE en el periodo del 2001 al 2005. Gracias a los nuevos estilos de vida el nivel de utilización crece interrumpidamente y la participación de estos en el gasto farmacéutico es cada vez más relevante. Se estima que alrededor del 15% de la población nacional consume diariamente AINE. El desarrollo de estos fármacos es provocado por la versatilidad y manejo que se les puede dar, aunque también constituye un importante subgrupo farmacológico en las intoxicaciones medicamentosas⁶⁵. En el periodo del estudio son cinco categorías de AINE las más sobresalientes: Diclofenaco, Ibuprofeno, Indometacina, Tenoxicam y Sulindaco; la cantidad de uso está descrito en la siguiente tabla⁶⁵.

Figura 7 Cantidad de uso de AINE en Costa Rica en el 2005



Fuente: Elaboración propia con base en la referencia ⁶⁵.

Como se indica en la Figura 7, se logra analizar el gasto de AINE utilizados por los pacientes, donde 490 personas de cada 1000 prefieren como primera opción el Sulindaco, para tratar el dolor, ya que presenta propiedades antiinflamatorias y analgésicas por lo cual cumple con las expectativas y necesidades de los pacientes. En la segunda posición se puede observar que 230 personas de las 1000 analizadas, según la literatura estudiada, utilizan la indometacina para tratar crisis. En la tercera, con 110 personas, se encuentra el diclofenaco y en cuarta, con 100 personas, el ibuprofeno. Estos últimos, a pesar de que son muy bien tolerados por los pacientes, no eran la primera opción de tratamiento para manejo del dolor. Dejan en último lugar el Tenoxicam, con menor uso y solo 70 personas de cada 1000 tenían preferencia sobre este principio activo de la familia de los Oxicanes, indicado para el tratamiento de dolor leve a morado.

4.1.4 Identificación de analgésicos más utilizados por los pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano

Como se logró observar en los puntos anteriores, los analgésicos son una categoría farmacológica utilizada a nivel mundial tanto como en suelo costarricense; estos, según sus propiedades analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas son utilizados en amplia gama de patologías para la erradicación de estos síntomas. En el desarrollo de este objetivo se tomaron en cuenta las entrevistas realizadas a los regentes del Hospital Metropolitano, con el fin de plasmar los resultados más congruentes respecto de los analgésicos; se obtuvo la siguiente información. Obsérvese:

Tabla 23 Percepción de los regentes del Hospital Metropolitano respecto de los analgésicos más solicitados por los pacientes ambulatorios en la farmacia, según marca comercial

Analgésicos utilizados	Entrevistados						Total
	EN-1	EN-2	EN-3	EN-4	EN-5	EN-6	
Mencetamol (Paracetamol)	x				x		2
Dolgenal (Ketorolaco)	x						1
Dalivium (Dexketoprofeno)	x	x			x		3
Enantyum (Dexketoprofeno)		x	x	x	X	x	5
Arcoxia (Etoricoxib)		x					1

Apranax (Naproxeno)			x			x	2
Neomelubrina (Metamizol)				x			1
Tory (Etoricoxib)				x			1
Biprofenid (Ketoprofeno)					X		1
Celebra (Celecoxib)						x	1

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Información proporcionada por los entrevistados

Como se observa en la Tabla 23, se abordan las percepciones de los regentes farmacéuticos del Hospital Metropolitano con respecto a los analgésicos más utilizados por los pacientes ambulatorios de ese centro hospitalario. Aquí se toma en cuenta la opinión de seis regentes farmacéuticos, cuyos resultados tuvieron similitud.

En primer lugar, se encuentra el Enantuum con un total de 5 menciones, con casi la totalidad de los entrevistados excepto uno de ellos. En segundo lugar, se encuentra el Dalivium, con 3 menciones durante el periodo de entrevistas. Es importante destacar que, aunque el Dalivium y el Enantuum contengan el mismo principio activo, sí hay una clara preferencia de uno sobre el otro por parte de los pacientes. En su entrevista el EN-5 menciona que “en el caso de nosotros (refiriéndose a la sede en la cual labora) se pelean, así siempre

es, el Enantyum y el Dalivium, que a pesar de que son la misma molécula siempre los pacientes tienen como preferencia por uno sobre otro”.

En el tercer lugar, durante el periodo de entrevistas se encuentra un empate, con un total de 2 menciones entre el Apranax y el Mencetamol, a pesar de que ambos son en diferentes presentaciones, ya que el Mencetamol es en presentación bebible y el Naproxeno en tableta; así como el Dolgenal, Neomelubrina, Tory, Biprofenid y Celebra, que se encuentra en el cuarto lugar, con 1 mención durante el proceso de entrevista.

El primer lugar, como se muestra en la Tabla 23, lo ocupa el Enantuyum, cuyo principio activo es el Dexketropofeno y es mencionado por 5 de los entrevistados. El Enantuyum es un AINE con presentación bebible (Sachet) y en tableta. En la entrevista, la mayoría de los regentes concordaron en que la presentación bebible es la más solicitada. La entrevistada EN-5 expresó: “Siempre buscan o piden, siempre es el bebible, porque ya la gente tiene como un chip asociado a que como es bebible me va a funcionar más rápido; entonces y la gente anda buscando algo que me lo quite ya”.

De tal manera que, dentro del análisis, las tres primeras categorías de elección, en orden, son: Enantuyum, Dalivium y Mencetamol, todos en una presentación bebible. Esta presentación es una nueva tendencia innovadora; permite cantidades pequeñas y precisas, es más económica y ofrece una mayor rapidez en cuanto a plazos de acción en el organismo. El entrevistado EN- 1 describió que “siempre vamos a los bebibles por un tema de rapidez; claro, últimamente digamos, esta terapia los bebibles ha sido algo que ha llegado a su top a nivel nacional, verdad, vamos a la segura; la verdad es que cuesta mucho que un paciente sea resistente”.

Los pacientes deben ser educados sobre el uso excesivo de medicamentos, ya que muchos de ellos han externado una modalidad dual de tratamiento para ciertas patologías del dolor; cuando se habla de dolores de cabeza existen algunas combinaciones entre analgésicos y antimigrañosos para el alivio, que son de preferencia de los pacientes. Los fármacos antimigrañosos son clasificados en tripanes y antimigrañosos que contienen ergotamina.

Las ergotaminas fueron la primera clase de medicamentos que se usó específicamente para las migrañas. Estas causan que los vasos sanguíneos alrededor del cerebro se contraigan y puedan aliviar una migraña en unos pocos minutos. Los triptanes son una gran familia de medicamentos prescritos habitualmente para el tratamiento de las migrañas. Se piensa que los triptanes, también conocidos como agonistas de los receptores de serotonina, actúan estrechando los vasos sanguíneos dilatados en el cerebro; cuando están demasiado dilatados, al parecer desempeñan un papel en el dolor de la migraña. Estos fármacos también bloquean las vías nerviosas que se cree intervienen en la percepción del dolor de la migraña⁴⁹.

Así como los analgésicos, los antimigrañosos también son de suma importancia en la patología en estudio. En la Tabla 24 se analizan los antimigrañosos más utilizados por los pacientes, según la percepción de los regentes en la consulta farmacéutica.

Tabla 24 Percepción de los regentes del Hospital Metropolitano respecto de los antimigrañosos más solicitados por los pacientes ambulatorios en la farmacia, según marca comercial

Analgésicos utilizados	Entrevistados						Total
	EN-1	EN-2	EN-3	EN-4	EN-5	EN-6	
Migradorixina	x	x	x	x	X	x	6
Avamigran	x	x	x		X	x	5
Migretil		x			X		2
Relert			x	x			2

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Como se evidencia en la Tabla 2, este apartado pertenece a los antimigrañosos más utilizados por los pacientes del Hospital Metropolitano que se presentan ambulatoriamente. Se aborda el consumo de ergotamínico y triptanes como grupos farmacológicos de interés.

Se puede visualizar el resultado de la extracción de datos en el periodo de entrevistas. El primer lugar en tendencia es la Migradorixina, con la totalidad de menciones de las personas entrevistadas. En el segundo lugar se encuentra el Avamigram, mencionado por 5

de los entrevistados y en el tercer lugar, con un empate de 2 menciones cada uno, se encuentran el Migretil y el Relert.

Con un total de 6 menciones, en el primer lugar, se encuentra la Migradorixina, tomando en cuenta que este, en su composición contiene clonixinato de lisina, el cual posee importantes propiedades analgésicas y antiinflamatorios. Además, la ergotamina es uno de los nuevos componentes utilizados para prevenir y tratar migrañas, gracias a su acción sobre los receptores adrenérgicos; estas propiedades los constituyen como la primera opción de los pacientes.

Por su parte, Avamigram ocupa el segundo lugar, con un total de 5 menciones. Los entrevistados consideran una buena opción de tratamiento de elección, pues entre sus componentes contiene un analgésico como lo es el paracetamol, la ergotamina, que como se mencionó, posee propiedades antimigrañosas.

Por otro lado, una de las tendencias que ocupa el tercer lugar, con un total de 2 menciones, en empate con el Relert, se encuentra Migretil; este, a pesar de contener los mismos componentes que el Avamigram, es de menos escogencia por los pacientes. Entre los fármacos mencionados en este apartado el único Triptan mencionado es el Relert.

La entrevistada EN-4 menciona que muchos también vienen a llevarse triptanos como el Relert, pero el Relert viene por cajita y económicamente hay pacientes que no tienen ese acceso. Por esta razón, se encuentra en el último lugar de categorización, solo mencionado por dos regentes EN-3 Y EN-4.

El Relert es un Triptan, en cuya composición contiene Eletriptan; actúa reduciendo la inflamación y estrechando los vasos sanguíneos en el cerebro, aliviando eficazmente el dolor y otros síntomas asociados con las migrañas⁴⁹. EN- 3 expresa que algunos pacientes vienen de parte de urgencias, ya confirmados respecto de que es una migraña y sobre todo crónica, por lo que se utilizan Triptanos. Este tratamiento es conocido por pacientes que se presentan, pero ya anteriormente han tenido un diagnóstico de migraña; es la única opción que completa la mejoría de su sintomatología.

Finalmente, la información obtenida por medio del instrumento evidencia que los analgésicos y fármacos antimigrañosos a lo largo de los años han tenido un aumento de su uso y la aparición de nuevas moléculas que le permiten a los pacientes tener una amplia gama de elección para tratar su sintomatología del dolor, y por ende contar con el consejo farmacéutico sobre su tratamiento farmacológico y evolución, para así desarrollar el objetivo número dos y evaluar las prácticas de seguimiento llevadas a cabo por los regentes del Hospital Metropolitano

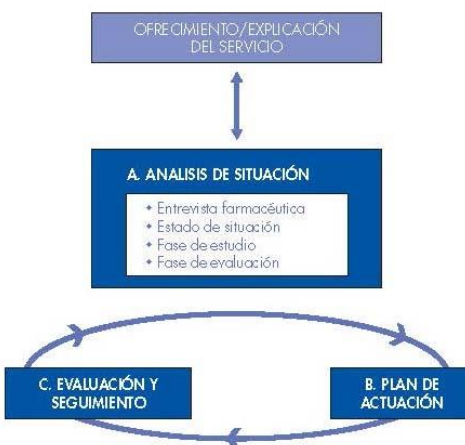
4.2 Evaluar las prácticas actuales de seguimiento farmacoterapéutico llevadas a cabo por los regentes farmacéuticos del Hospital Metropolitano en el manejo de la migraña crónica y cefaleas en pacientes ambulatorios.

Seguimiento Farmacoterapéutico es considerado una práctica profesional, en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes con la medicación. Esto se lleva a cabo mediante la detección, prevención y solución de problemas relacionados con medicamentos (PRM) y supone un compromiso permanente del farmacéutico y su colaboración con el paciente y otros profesionales de la salud para alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente⁶⁶.

En el presente apartado se pretende evaluar el seguimiento farmacoterapéutico de los regentes del hospital metropolitano, basándose en las entrevistas realizadas a cada uno de ellos, donde se evaluó su actuar frente a cefaleas crónicas por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos

Para el desarrollo de un buen seguimiento farmacoterapéutico sobre una patología específica se necesita una serie de pasos a seguir referente al diagnóstico certero como tal, para el desarrollo de esos pasos se implementan fases a seguir, este se basa en la obtención de la historia farmacoterapéutica del paciente, esto es, los problemas de salud que presenta, los medicamentos que utiliza, y la evaluación de su estado de situación a una fecha determinada, para identificar y resolver los posibles PRM que el paciente pueda estar padeciendo⁶⁷.

Figura 8 Esquema del proceso del seguimiento farmacoterapéutico

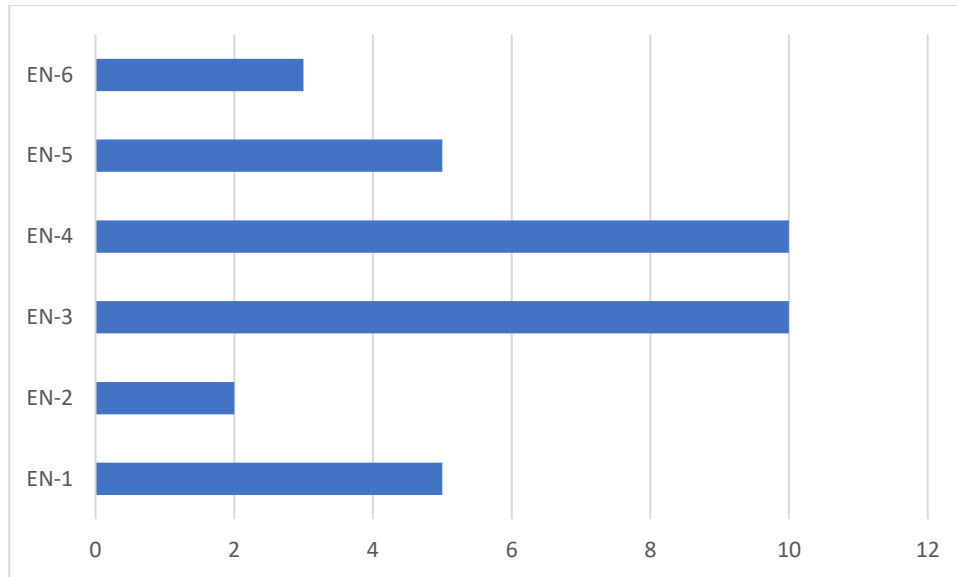


Fuente: imagen tomada de la referencia⁶⁷.

La migraña crónica por consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos es una patología complicada de diagnosticar y en ocasiones asociada a una automedicación por parte de los pacientes; en lo posible, la presentación de un plan de seguimiento farmacoterapéutico facilitaría el tratamiento y evolución de esta. A continuación, se desglosará el proceso de seguimiento farmacoterapéutico presentado por los regentes del Hospital Metropolitano frente a migrañas crónicas.

4.2.1 Ofrecimiento o explicación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico

Figura 9 Consultas farmacéuticas de cefalea en un rango de 24 horas



Fuente: Elaboración propia, 2024.

Información proporcionada por los entrevistados

En resumen, la Figura 9 muestra que 2 de los regentes afirman que mínimo reciben 10 consultas al día sobre cefalea. En segundo lugar, los entrevistados EN-1 y EN-5 reciben al menos 5 consultas. El entrevistado EN-6 recibe 3 y el entrevistado EN-2 recibe 2 consultas por cefalea.

Por lo visto y obtenido en los resultados, la cefalea es una consulta común en el establecimiento farmacéutico, con aproximadamente de 1 a 10 consultas diariamente. Es importante, por tanto, conocer los tipos de cefalea, su descripción y diferenciación una de la otra. Además, se logra establecer que al recibir tantas consultas de cefalea diariamente es mucho más fácil ofrecer el servicio de seguimiento farmacoterapéutico y la explicación de lo que esto conlleva para así causar interés en pacientes que todos los días se presentan a la farmacia.

Tabla 25 ¿En su recorrido laboral ha realizado seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes que han consultado sobre una crisis migrañosa?

Criterio	Entrevistados						Total
	EN-1	EN-2	EN-3	EN-4	EN-5	EN-6	
Sí							0
No	X	X	X	X	X	X	6

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Información proporcionada por los entrevistados

Como se observa en la Tabla 25, los regentes farmacéuticos aseguran, en su totalidad, que nunca han ofertado el servicio ni tampoco han hecho seguimiento farmacoterapéutico a ningún paciente que se presente al establecimiento. La entrevistada EN-5 comenta: “Es difícil, no le voy a mentir, acá no he tenido la oportunidad y en los otros lugares donde he trabajado vieras que sí es muy difícil, porque si bien es cierto somos una farmacia de hospital tenemos muchos pacientes de paso, entonces, los vemos, vemos que llegan, vemos que compran y ya no los volvemos a ver; son muy poquitos esos pacientes que ya tienen identificado es una migraña, entonces vienen y ya saben qué medicamento comprar para la crisis y se van y solo los vemos en esos episodios. El tiempo también es bastante limitado, entonces cuesta mucho que llegue una consulta tan específica y que logremos hacer seguimiento. Es más, me encantaría poder hacer seguimiento”.

Se tiene como resultado que el ofrecimiento de seguimiento farmacoterapéutico es considerado nulo en su aplicación por parte de los regentes del Hospital Metropolitano. La importancia de ofrecer el servicio radica en que el paciente comprenda lo que se está realizando y se le pueda dar información más relevante, que permita al regente farmacéutico establecer una relación directa con él, así podrá extraer información de relevancia. No obstante, si el ofrecimiento del servicio no se da, no se podrá hacer el seguimiento y esta actividad farmacéutica se torna en un procedimiento olvidado, donde el farmacéutico solo se

está encargando de recomendar, mas no de velar por el bienestar y la calidad de vida del paciente, de lo cual es responsable.

4.2.3 Análisis de situación del seguimiento farmacoterapéutico

En el análisis de la situación, el farmacéutico establece la situación del paciente en relación con sus problemas de salud y medicamentos, mediante la elaboración de estados de situación y evaluación de la farmacoterapia. Pone en un plano más estable la situación actual del paciente.

El primer paso para el análisis de situación es la entrevista para la toma de datos. El farmacéutico debe seguir una sistemática de trabajo que le permita contar con el conocimiento completo de los datos personales y sanitarios del paciente. Para el diagnóstico y manejo de cefalea, existen distintos criterios de entrevista que deben ser abarcados para generar la relación profesional-paciente, y así intervenir para corregir PRM o RNM detectados o en riesgos de aparición.

Criterio	Rasgo
Edad de comienzo y tiempo de evolución	Inicio: niñez, juventud, madurez, ancianidad.
Instauración:	Súbita, gradual. Tiempo hasta el acmé.
Frecuencia:	Diaria, semanal, mensual. Alternancia crisis remisiones.
Localización:	Focal, hemicraneal, Bilateral holocraneal (toda la cabeza).
Duración:	Segundos, minutos, horas, días, semanas, meses, años.
Horario	Matutina, vespertina, nocturna, hora fija.

Cualidad:	Pulsátil, terebrante, urente, lancinante, opresiva.
Intensidad:	Graduar la intensidad entre 0-10 en la escala verbal.
Factores agravantes o desencadenantes:	Ejercicio, coito, tos, o factores que podrían estar relacionados (estrés, falta de sueño, ayuno, menstruación otro).
Factores que alivian el dolor:	Permanecer en un lugar oscuro y silencioso o bien realizar ejercicio físico, presión en determinados puntos de la cabeza.
Remisión:	Brusca, progresiva, permanente desde el inicio.
Síntomas asociados a la cefalea:	Náuseas, vómitos, fotofobia, intolerancia al ruido, fotopsias, escotomas, hemianopsia, diplopía, hemiparesia, hemidisestesias, inestabilidad, vértigo, disartria, afasia, confusión, crisis epilépticas.
Antecedentes personales (historia previa de cefaleas):	Es importante establecer si el dolor actual es distinto a otros episodios previos si los hubiese.
Antecedentes familiares:	Especialmente de hemorragia subaracnoidea por rotura aneurismática o “muerte súbita”.

Elaboración propia con base en la referencia⁴².

Los entrevistados, a pesar de no ofrecer un servicio como tal de seguimiento farmacoterapéutico, sí realizan una consulta farmacéutica un poco más puntal, haciendo diferenciaciones para determinar tipos de cefaleas y ayudar al paciente. Como se observa en la Tabla 3, existen criterios que puede facilitar la consulta farmacéutica, como un complemento para la determinación de la cefalea en estudio. Como se mencionó dentro del marco teórico, cada cefalea, de manera individualizada, tiene criterios de relevancia para la identificación de su tipo, según presenta el paciente.

De esta manera, la Universidad Clínica de Navarra, en España, estableció una propuesta de criterios que pueden recogerse de forma ordenada a partir de una entrevista, los cuales complementarán la consulta farmacéutica, haciendo esta más amena para el regente farmacéutico.

Tabla 26; Según su experiencia como regente farmacéutico cómo debería de ser el abordaje y tratamiento para un paciente que presenta cefalea común?

Criterio	Rasgo	EN-1	EN-2	EN-3	EN-4	EN-5	EN-6
Edad de comienzo y tiempo de evolución	Inicio: niñez, juventud, madurez, ancianidad.	X	X			X	
Instauración	Súbita, gradual. Tiempo hasta el acmé						
Frecuencia	Diaria, semanal, mensual. Alternancia crisis remisiones	X	X		X	X	X
Localización	Focal, hemicraneal, Bilateral holocraneal (toda la cabeza)				X		
Duración	Segundos, minutos, horas, días, semanas, meses, años					X	
Horario	Matutina, vespertina, nocturna, hora fija						
Cualidad	Pulsátil, terebrante, urente, lancinante, opresiva						

Intensidad	Graduar la intensidad entre 0-10 en la escala verbal						
Factores agravantes o desencadenantes	Ejercicio, coito, tos, o factores que podrían estar relacionados (estrés, falta de sueño, ayuno, menstruación, otro)	X	X	X	X		
Factores que alivian el dolor	Permanecer en un lugar oscuro y silencioso o bien, realizar ejercicio físico, presión en determinados puntos de la cabeza						
Remisión	Brusca, progresiva, permanente desde el inicio						
Síntomas asociados a la cefalea	Náuseas, vómitos, fotofobia, intolerancia al ruido, fotopsias, escotomas, hemianopsia, diplopía, hemiparesia, hemidisestesias, inestabilidad, vértigo, disartria, afasia, confusión, crisis epilépticas					X	
Antecedentes personales	Es importante establecer si el dolor actual es				X	X	

(historia previa de cefaleas)	distinto a otros episodios previos si los hubiese						
Antecedentes familiares	Especialmente de hemorragia subaracnoidea por rotura aneurismática o “muerte súbita”						

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Esta tabla ofrece un resumen claro de los puntos encontrados en la investigación, los cuales fueron extraídos de las entrevistas realizadas. Se puede observar el abordaje de los regentes farmacéuticos frente a consultas dirigidas específicamente a dolor por cefalea.

La Tabla 26 cuenta con 14 puntos de evaluación. El punto con más menciones, con total de 5, es la frecuencia. Tiene relevancia para la entrevista farmacéutica porque así se delimita, aproximadamente, cada cuánto el paciente presenta un episodio. La EN-4 mencionaba que se debe prestar atención a cuántos días lleva el paciente con dolor, más que todo para saber si hay algún tipo de automedicación o una terapia no adecuada.

En la posición número dos están los factores agravantes o desencadenantes, con un total de 4 menciones por parte de los entrevistados. La entrevistada EN-2 menciona “si es importante la toma de presión arterial que a veces es solamente una cefalea, sino que pueda haber algo asociado”, considerando la presión arterial como un posible factor desencadenante de una cefalea.

El entrevistado EN-3 expresaba que “primero indago a ver por dónde viene la causa si es que es tensional, una crisis de estrés que por lo general puede desencadenar o a grabar una cefalea”. Es este otro factor desencadenante considerado por los regentes entrevistados para causar una cefalea.

En la tercera posición se encuentra la edad de comienzo y tiempo de evolución. Es de suma importancia conocer al paciente presente, para saber si su patología es conocida desde

la niñez y ha evolucionado con el pasar de los años, para así delimitar la causa principal de la cefalea.

Por consiguiente, en el lugar número cuatro, con dos menciones, se encuentran los antecedentes personales (historia previa de cefaleas). Los antecedentes personales son de relevancia para un buen manejo y abordaje de una patología y conocer al paciente, sus enfermedades e historial clínico, lo cual genera una mejor relación profesional-paciente. El entrevistado EN-4 señala que es importante preguntar y conocer si presenta ciertas patologías, pues eso desencadena situaciones a las cuales el regente debería prestar más atención.

Para finalizar, en último lugar en encuentran, con un triple empate, los síntomas asociados a la cefalea, duración y localización, mencionados, respectivamente, solo una vez por los entrevistados. Estos criterios son importantes para delimitar el tipo de cefalea al cual los pacientes se están enfrentando. Como se sabe, las cefaleas están divididas en subgrupos de clasificación y son diferenciadas unas de otras por síntomas, duración y localización.

Para el tratamiento de las cefaleas comunes, los entrevistados realizaron un aporte de distintas categorías de fármacos que utilizan; el manejo farmacológico de las cefaleas comunes o primarias está comprendido por una división de tres categorías como se muestra a continuación. Obsérvese:

Tabla 27 Manejo farmacológico de las cefaleas primarias según tipo

Tipo	Fármaco para tratar crisis
Migraña	Ergotamina, AINE, analgésicos y triptanos
Cefalea tensional	Relajantes musculares y AINE

Cefalea trigémino-autonómicas	Ergotamina, glucocorticoides, lidocaína y sumatriptan
-------------------------------	---

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁴⁷.

Como se puede observar en la Tabla 27, se cuenta con distintas alternativas de tratamiento, según la clasificación de cefalea del paciente. Es de relevancia conocer el tipo de cefalea que llega a la consulta farmacéutica, así como la categoría farmacológica que se debe contemplar dentro de su tratamiento, para garantizar una mejoría de la crisis del paciente. Teniendo esta información clara se evidenció, según los resultados obtenidos, que en su totalidad los regentes farmacéuticos expresaron datos en conjunto, sin clasificación alguna.

Tabla 28 Tratamiento farmacoterapéutico de los entrevistados frente a cefaleas comunes

Categoría farmacológica	Entrevistados						Total
	EN-1	EN-2	EN-3	EN-4	EN-5	EN-6	
AINE	X	X	X	X	X	X	6
Analgésicos		X	X	X	X	X	5
Ergotaminos		X					1
Triptanes							0

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Información proporcionada por los entrevistados

Como se puede observar en la tabla anterior, los entrevistados realizan un tratamiento generalizado para la cefalea como tal, no enfocado en el tipo que presenta el paciente; de esta manera, predomina el grupo farmacológico AINE, en el primer lugar de mención, con un total de 6 menciones. Realizando un análisis comparativo con la Tabla 28, el tratamiento con AINE solo es efectivo en migraña y cefalea por tensión, dejando de lado la cefalea de trigémino; esta es una terapia poco adecuada para ser generalizada. Se considera que utilizan esta categoría medicamentosa por su fácil manejo en distintas terapias de aplicación, tomando

en cuenta su acción a nivel analgésico y antiinflamatorio, de relevancia para los regentes, ya que al actuar sobre la vía de la ciclooxigenasa 2, los AINE imposibilitan la formación de inflamación, precisamente porque esta es la enzima responsable de la formación de mediadores inflamatorios y provocan la agregación de las células presentes en este proceso (células inflamatorias). Por tanto, si no se produce inflamación, sus signos (dolor, enrojecimiento, calor, edema y pérdida de función) no están presentes, lo cual justifica el uso de estos fármacos⁶⁴

Por consiguiente, se encuentran en la segunda posición los analgésicos, con un total de 5 menciones realizadas por los entrevistados. Según el manejo farmacológico, al realizar una comparación se puede observar que los analgésicos solo son tratamiento de cefalea, constituyen una terapia general, no abarcaría todos los tipos de cefalea primaria y dejan por fuera cefalea tensional y cefalea del trigémino. Los analgésicos, gracias a su versatilidad de uso, son de relevancia en la recomendación farmacéutica; la desventaja es que no poseen características antiinflamatorias, por esta razón se encuentran en la segunda opción.

En tercer lugar, se encuentran los ergotaminos. Se puede evidenciar que solo tuvieron una mención por parte de los entrevistados; a pesar de ser una opción económica no es de preferencia por parte de los regentes. El entrevistado EN-1 dolor “si fuera solo una cefalea casi siempre nos vamos por algo solito, ya después podemos escalar esto refiriéndose a implementar ergotaminos en la terapia de recomendación”. Para finalizar, el caso contrario de los triptanes, con 0 menciones de parte de los regentes, al ser una terapia costosa que solo se puede ofrecer por caja, indicaban que solo es indicada por medio de un especialista. Los antimigrañosos son una categoría farmacología relativamente nueva; en ocasiones, los regentes farmacéuticos prefieren del uso de un AINE o un analgésico por sí solo, para tener como segunda opción la utilización de un antimigrañoso, si las otras dos categorías no tuvieron los resultados deseados.

Tabla 29 Tipos de cefaleas identificadas

Tipo de cefalea	Entrevistados						Total
	EN-1	EN-2	EN-3	EN-4	EN-5	EN-6	
Cefalea tensional	X	X	X		X		4
Cefalea migraña	X	X		X	X	X	5
Cefalea por sinusitis	X			X	X	X	4

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Se puede visualizar en la Tabla 29 descrita, la migraña como una de las categorías de cefalea que los regentes farmacéuticos pueden observar; esta tiene un total de 5 menciones entre los entrevistados y por consiguiente, en la posición números dos se encuentra la cefalea tensional, con un total de 4 menciones por parte de los entrevistados. La EN-2 expresaba que, al ser una farmacia de hospital, muchos pacientes se presentan con estrés por procedimientos o diagnósticos que pueden llegar a tener y por esa razón presentan cefalea tensional.

Los resultados concuerdan con la evidencia, según la cual, la migraña es el padecimiento de este tipo con mayor incidencia a nivel mundial. Incluso, se conoce que, en España, 1,5 millones de personas padecen migraña crónica y, aproximadamente al año, un 3% de los pacientes con migraña episódica pasan a padecer una migraña crónica. Lo anterior coincide con lo obtenido en la entrevista realizada, pues el 38% afirmó que la migraña es la cefalea por la cual los pacientes más consultan a las farmacias comunitarias.

Po último, se describe la cefalea por sinusitis, que, a pesar de ser una cefalea secundaria, ya que viene por la asociación de otra patología, es una de las más recurrentes y abarca una gran población. La entrevistada EN-5 expresaba que muchos pacientes se presentan describiendo síntomas de opresión en la parte frontal de la cabeza.

Sin embargo, todos los tipos de cefalea son importantes, pues son una causa de incapacidad y molestia frecuente entre la población; datos de la OMS mencionan que al año

se pierden aproximadamente 25 millones de días laborales o escolares a causa de la migraña o cefalea. Para el tema específico de cefalea por consumo de medicamentos, se sabe que 7 de cada 100 pacientes con cefalea desarrollan cefaleas por rebote, situación nada despreciable cuando la prevalencia de cefalea a nivel mundial es un 50% de la población⁶.

Tabla 30¿Conoce lo que es una cefalea por consumo de medicamentos, como la definiría?

Criterio	Entrevistados						Total
	EN-1	EN-2	EN-3	EN-4	EN-5	EN-6	
Si	X	X	X	X	X		5
No						X	1

Fuente: Elaboración propia, 2024.

En la Tabla número 30 se demuestra que, dentro de las menciones, 5 de los entrevistados contestaron que sí tienen presente lo que es una cefalea por consumo de medicamentos. Los entrevistados EN-1, EN-2 y EN-3 concuerdan con que esta patología es un efecto adverso de los medicamentos. Destaca que solo un entrevistado no conoce mucho sobre el tema, por lo cual se considera que no lo tiene presente, no puede buscar ni diagnosticar; esto, a pesar de que existe gran variedad de literatura frente a la cefalea por consumo de medicamentos. Esta realidad resulta lamentable, ya que actualmente el abuso de medicamentos por parte de la población es elevado.

La cefalea de rebote se produce por el uso crónico y excesivo de medicamentos para tratar las cefaleas, como la forma más frecuente de cefalea secundaria. Se estima que afecta aproximadamente al 7% de la población, con una mayor incidencia en mujeres que en hombres. Además, se caracteriza por ser una cefalea constante, opresiva y persistente, que suele empeorar al despertar⁴⁹.

Tabla 31 ¿Cuáles considera que son los criterios que diferencian una cefalea común de una cefalea de por consumo excesivo de medicamentos?

Criterio	Entrevistados						Total
	EN-1	EN-2	EN-3	EN-4	EN-5	EN-6	
Duración de la crisis	X			X	X	X	4
Frecuencia de crisis		X	X	X	X	X	5
Cualidades del dolor					X		1
Síntomas		X		X			2
Factores desencadenantes	X			X			2
Consumo de medicamentos para el alivio	X	X	X	X	X	X	6

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Basándose en la tabla anterior, con una totalidad de 6 menciones se encuentra el consumo de medicamentos para el alivio; es este el primer lugar de criterios para la diferenciación de una cefalea y una por consumo de medicamentos. Es importante destacar que este es uno de los criterios más importantes; pues dependiendo del medicamento que se consuma será la cantidad de días que se toman en cuenta para el diagnóstico. En el segundo puesto, con un total de 6 menciones, se encuentra la frecuencia de crisis, como un factor relevante, porque como se mencionaba anteriormente, el factor tiempo es importante en el diagnóstico.

Continuando con el orden, en el tercer lugar se encuentra la duración de la crisis. Este es un factor un poco complicado de medir, ya que podría ser relativo, según el tratamiento que esté llevando el paciente. Como menciona el EN-5, en muchas ocasiones los pacientes se presentan a la consulta farmacéutica exponiendo que sus crisis se alivian rápido al tomar un fármaco, pero vuelven en cuestión de horas cuando este cumple su tiempo de vida media.

Se puede visualizar que en el puesto número tres, con un empate múltiple, se encuentra factores desencadenantes y síntomas, como las categorías menos escogidas por los entrevistados, pues los síntomas y factores desencadenantes podrían llegar a ser muy similares unos con otros y generar confusión a la hora de dar un diagnóstico y por lo tanto, un tratamiento adecuado al paciente. Para finalizar, en el último lugar, con solo una mención por parte de los entrevistados, se encuentran las cualidades. El entrevistado EN-5 expone que en ocasiones es complicado guiarse solo con las características que presentaba el paciente, ya que ellos mismos tienden a confundir las cualidades que presentan, porque estas mismas pueden ser variantes.

Para fundamentar lo antes expuesto, a continuación, se exponen los criterios de diagnóstico de una cefalea por consumo de medicamentos descrito por la guía ICHD-III beta, la cual es la guía diagnóstica de las cefaleas más utilizada en el mundo⁴⁶.

Tabla 15. Criterios diagnósticos para la cefalea por abuso de medicación sintomática según ICHD-III beta

Criterio A	
Cefalea que ocurre 15 o más días al mes en paciente con cefalea preexistente	
Criterio B	
Abuso habitual, durante más de tres meses, de uno o más fármacos que se pueden administrar como tratamiento agudo y/o sintomático de la cefalea	
Ergóticos	más de 10 días al mes
Triptanes	más de 10 días al mes
Opioides	más de 10 días al mes
Analgésicos combinados	más de 10 días al mes
Múltiples tipos de fármacos sin abuso individual de ellos	más de 10 días al mes
Analgésicos	más de 15 días al mes
AINE	más de 15 días al mes

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁴⁶.

Fundamentado lo anterior, se logra apreciar que los dos factores predominantes mencionados en la entrevista son la frecuencia de crisis y consumo de medicamentos para el alivio; en comparación con la guía mundial son las dos categorías de interés para el diagnóstico como tal de la patología, lo que respalda el conocimiento de los regentes farmacéuticos sobre los criterios más relevantes y fundamenta la capacidad de manejo del tema.

4.2.4 Plan de Acción y evolución de la patología

4.2.4.1 Abordaje y tratamiento implementado por los regentes farmacéuticos

En este apartado, la mayoría de los regentes farmacéuticos tuvieron criterios diferentes, respecto del abordaje que manejarían al presentarse un caso de cefalea por consumo de medicamentos. Al hacer un análisis individual se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 32 Abordaje inicial de cada entrevistado frente a una cefalea por consumo de medicamentos

Entrevistado	Opinión
EN-1	<p>Recomendaría al paciente acudir a un médico más especializado.</p> <p>Si tuviera que dar una recomendación farmacológica sería el uso de triptanes como el Relet y Tolestan.</p> <p>Brindaría recomendaciones de estilo de vida (menos consumo de café).</p>
EN-2	<p>Recomienda el uso de medicamentos profilácticos.</p>

	<p>Refiere que lo mejor es acudir a un médico más especializado para descartar otra patología.</p>
EN-3	<p>Expresa conocer los fármacos profilácticos, pero cuesta mucho que como regente los vaya a recomendar. Habla respecto de persuadir al paciente sobre la patología que está padeciendo. Sugiere hacer una retirada del medicamento para el paciente, además de incluir un ansiolítico para combatir los síntomas de abstinencia.</p>
EN-4	<p>Expresa que trata de orientar al paciente sobre la patología que puede estar sufriendo. Habla sobre sugerir medicamentos profilácticos para hacer que el paciente se desintoxique. Refiere a realizar una entrevista exhaustiva para tratar los síntomas del paciente.</p>
EN-5	<p>Recomienda acudir a un médico con una especialidad. Realizar exámenes para descartar una patología de fondo. Utilizaría un periodo corto de un esteroide momentáneo para tratar los síntomas mientras se busca la ayuda de un médico.</p>

EN-6	Recomienda, si solo estaba utilizando un AINE, escalonar a un antimigrañoso Si no tuviera, mejoría si referir a un médico especialista.
------	--

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Información proporcionada por los entrevistados

Las cefaleas crónicas, diarias y exacerbadas por el abuso de medicación son particularmente desafiantes de tratar. Existen diversas recomendaciones para el manejo de pacientes con cefalea asociada al abuso de medicación (CUEM)⁴⁹⁰. Es ampliamente aceptado que la discontinuación del fármaco o fármacos objeto de abuso es el enfoque terapéutico principal. Además, existe la opinión de que el tratamiento preventivo no es efectivo mientras el paciente continúa abusando de los medicamentos. El tratamiento y abordaje de esta patología conlleva una serie de pasos al respecto para generar una efectividad de este.

En primera instancia, como lo refieren los entrevistados EN-3 y EN-4, orientar al paciente para que comprenda la patología a la cual se está enfrentando es parte fundamental de la información al paciente. Es crucial que el paciente comprenda que enfrenta un padecimiento crónico para así transmitirle un ambiente de confianza, exponiendo que si quiere ver una mejoría en su patología debe disminuir el uso de analgésicos y que si los llega a utilizar puede interferir en la efectividad de los tratamientos profilácticos.

El entrevistado N-3 sugiere hacer una retirada abrupta del medicamento al paciente para así quitar la causa principal de la patología; la retirada de la medicación abusada a menudo resulta en una disminución notable, tanto en la intensidad del dolor como en la frecuencia de las crisis del paciente, lo cual constituye el segundo paso del seguimiento farmacoterapéutico.

Es recomendada una interrupción abrupta del fármaco abusado, especialmente en el caso de ergóticos, triptanes y analgésicos no opioides, la cual puede llevarse a cabo exitosamente con tratamiento ambulatorio. Se ha observado que esta estrategia resulta en una

mayor adherencia al plan terapéutico posterior. Sin embargo, la suspensión o interrupción del abuso suele ir acompañada del desarrollo de síntomas de abstinencia y un período de mayor dolor de cabeza, seguido de una mejoría en la cefalea. De esta manera, el EN-3 sugiere el uso de barbitúricos para tratar los síntomas de abstinencia, ya que estos se manifiestan los primeros 4 días y pueden persistir hasta por 3 semanas. Por consiguiente, en la entrevista realizada, el EN-6 menciona que si el paciente solo ha sido tratado con analgésicos recomendaría un AINE; esta teoría es respaldada por la sustitución de un analgésico por un AINE administrados en pautas de no más de 3 semanas.

En otros tipos de medicamentos para evitar la cefalea de rebote se sugiere sustituir los analgésicos y antimigrañosos por corticoides como la prednisona. En la entrevista realizada, el entrevistado EN-5 indica que le gusta recomendar corticoides mientras el paciente busca ayuda profesional del médico. Por otra parte, el entrevistado EN-1 recomienda utilizar triptanos como el Relert y el Tolestan; lo respalda la teoría según la cual, en cuanto al tratamiento sintomático, en caso de necesidad se pueden agregar triptanes, con límite de su uso a un máximo de 2 días a la semana y máximo 2 dosis diarias⁴⁹.

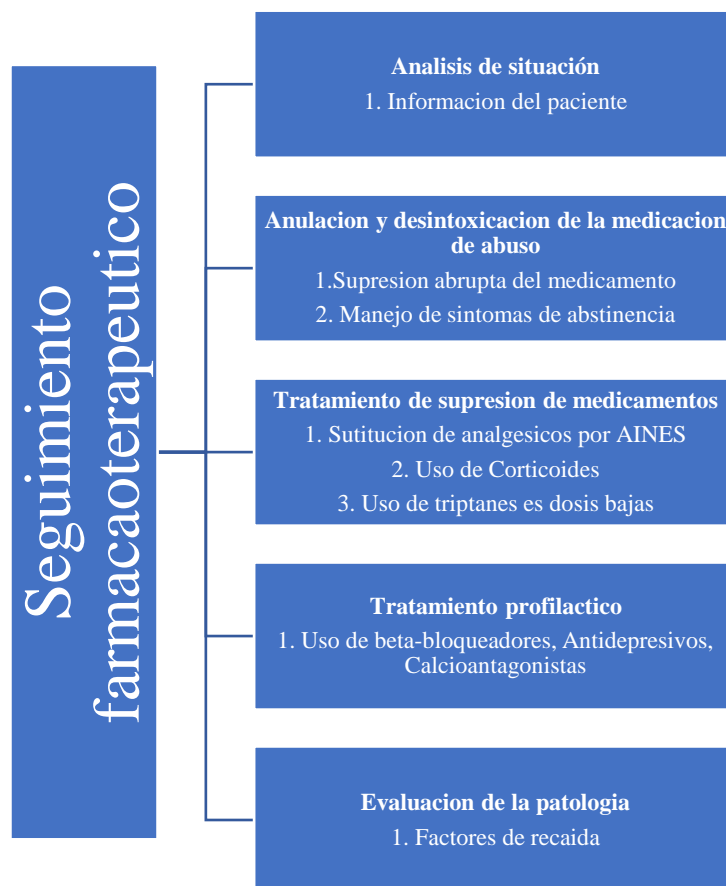
En el tercer escalón de seguimiento farmacoterapéutico tenemos los tratamientos profilácticos. El EN-2 expone que podría hacer uso de algún medicamento profiláctico como lo es el propanolol. Los tratamientos preventivos tienen como objetivo reducir la frecuencia, duración y/o gravedad de las cefaleas. Se considera que un tratamiento profiláctico es efectivo cuando el paciente experimenta una reducción del número de crisis en $\geq 50\%$ ⁴⁹.

Aparte de los fármacos como regímenes preventivos, también se pueden encontrar el cambio en el estilo de vida. El entrevistado EN-1 expresa que en el abordaje farmacéutico ofrece como consejo el manejo de cambios en el estilo de vida, refiriéndose a la dieta y el ejercicio cuando es una consulta sobre cefalea por consumo de medicamentos.

Para finalizar, con 5 menciones por parte de los regentes entrevistados, todos estuvieron de acuerdo en que es recomendable exponerle al paciente que debe acudir al médico; esto evidencia que los farmacéuticos no se encuentran capacitados ni seguros de sus

conocimientos para dar un abordaje y tratamiento efectivo para los pacientes con la patología descrita.

Figura 10 Pasos del seguimiento farmacoterapéutico adecuado de pacientes con CUEM



Fuente: Elaboración propia con base en la referencia ⁶⁶

Basándose en la Figura 10 se logran delimitar las fases y tratamientos determinados por la literatura, para llevar a cabo un seguimiento farmacoterapéutico adecuado de pacientes con migraña crónica por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos. En comparación con los datos de la Tabla 35 se puede observar que solo el entrevistado EN-3 cuenta con al menos 3 de los 5 puntos mencionados Figura 14; el seguimiento es el más completo y abarca la entrevista, anulación y desintoxicación del medicamento y por último,

implementa un tratamiento profiláctico. Deja en evidencia las suposiciones respecto de que no se tiene un conocimiento básico del manejo, abordaje y tratamiento, lo que limita el seguimiento farmacoterapéutico, pues los demás entrevistados expresaron distintas alternativas que utilizarían, mas no son las correctas.

El segundo objetivo específico buscaba evaluar las prácticas de seguimiento farmacoterapéutico de los regentes. Se afirma que la práctica actual es básica y en ocasiones mal aplicada. Esto se expone en cada uno de los apartados, lo cual abre camino al tercer objetivo, que pretende buscar mejoras a esta problemática, en función de áreas por mejorar. Se detalla a continuación. Obsérvese:

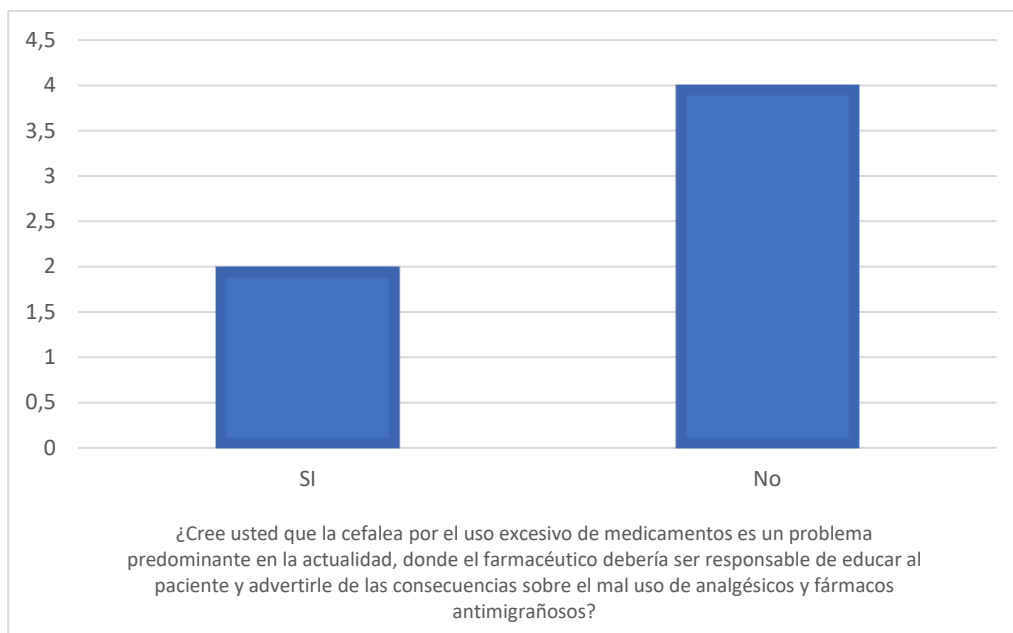
4.3 Determinar áreas de mejora en las prácticas de seguimiento farmacoterapéutico para pacientes con migraña crónica causada por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos.

Un área de mejora se refiere a cualquier aspecto de nuestra vida donde podemos progresar, ya sea en habilidades, conocimientos, actitudes o comportamientos. Identificar estas áreas nos brinda la oportunidad de crecer y desarrollarnos, tanto personal como profesionalmente. Las áreas de mejora pueden enfocarse en optimizar el funcionamiento interno, la planificación y el desarrollo. Algunas áreas comunes de mejora incluyen la gestión del tiempo, la atención al cliente, el trabajo en equipo, las habilidades interpersonales, la comunicación, la escritura, la aceptación de comentarios y críticas constructivas y la organización.

4.3.1 Responsabilidad del farmacéutico en la predominancia del uso excesivo de medicamentos

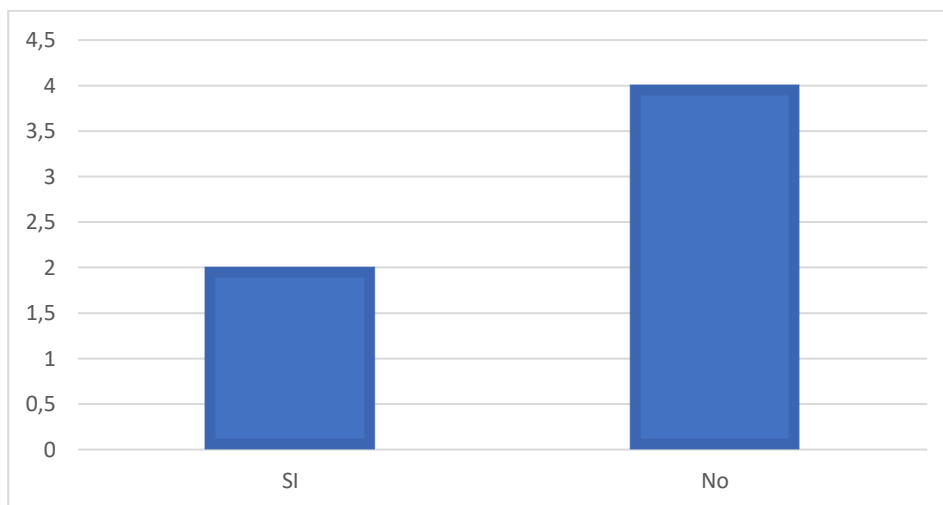
El siguiente apartado estará dividido en dos gráficos. La Figura 15 hace referencia a que los regentes farmacéuticos se encuentran de acuerdo, en su totalidad, respecto de que la cefalea por consumo de medicamentos es un problema predominante. En la Figura 16 se describe si la responsabilidad se alega completamente al farmacéutico por mala educación.

Figura 11 Perspectiva de los farmacéuticos sobre la predominancia de la cefalea por consumo de medicamentos en la actualidad



Fuente: Elaboración propia, 2024.

Figura 12 Perspectiva sobre si es responsabilidad del farmacéutico el auge de esta patología



Fuente: Elaboración propia, 2024.

Información proporcionada por los entrevistados

Basándonos en el análisis antes realizado, los regentes farmacéuticos en su totalidad, con 6 menciones, señalan que la cefalea por consumo de medicamentos es una patología predominante con auge en el último tiempo.

Analizando la Figura 11, por consiguiente, se obtiene como resultado las opiniones de los regentes entrevistados, según su perspectiva de relevancia sobre la cefalea por consumo de medicamentos. Con un total de 4 menciones predomina que los regentes farmacéuticos no son los responsables de que esta patología tenga un aumento en el último tiempo y con dos menciones, los EN-5 Y EN-4 consideran que el regente farmacéutico sí juega con papel considerable en este aumento de casos.

Los regentes farmacéuticos EN-1, EN-2, EN3-EN6, indican en sus comentarios que muchos pacientes no acuden al establecimiento farmacéutico por consultas de cefalea que casi siempre incurrir a la automedicación, lo cual se sale de las manos de ellos. El entrevistado EN- 2 externaba que hay pacientes con sus tratamientos en la casa o que han comprado y tienen su botiquín; entonces se están automedicando.

Por otra parte, expresaban que las redes sociales y el Internet pueden ser armas de doble filo, pues en su mayoría permite el conocimiento y búsqueda, pero se puede prestar para evadir la consulta farmacéutica y que el paciente maneje la teoría de un diagnóstico y hasta la automedicación, solo con buscar en plataformas como Google. El entrevistado EN-1 comentaba que ahora la mayoría de la población tiene al alcance Google, y las personas se recomiendan entre ellas mismas; hasta se prescriben medicamentos que vieron en estas plataformas. Es de difícil acceso de los farmacéuticos un control sobre esto; ella indica que siempre busca la manera de dar educación al paciente respecto de que los fármacos no son inofensivos y tienen sus consecuencias si no se toman con moderación.

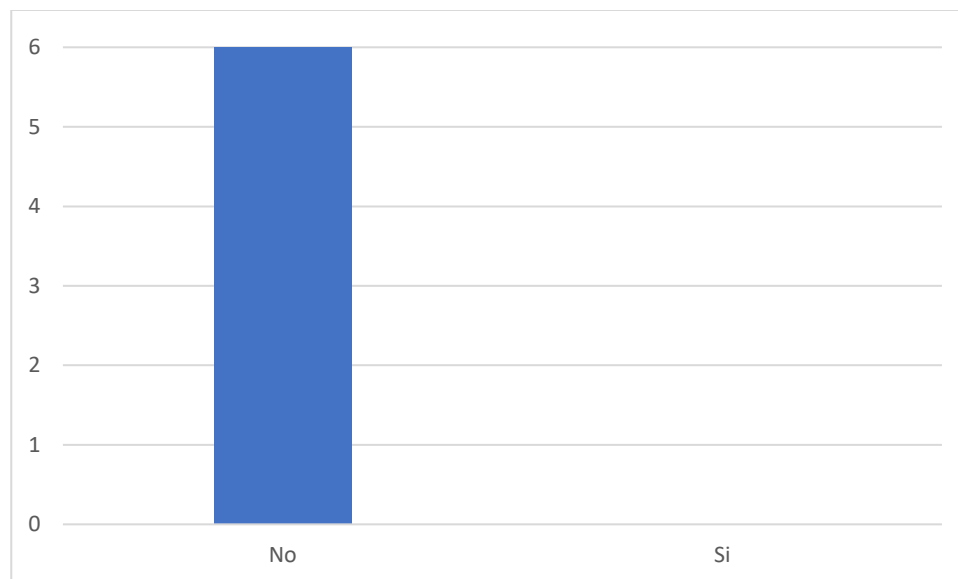
En el caso contrario, los regentes farmacéuticos entrevistados EN-4 y EN-5 sí atribuyen a los farmacéuticos la responsabilidad de la cefalea por consumo de medicamentos, más que todo por un aspecto educativo. La EN-5 expresa que siempre intenta dar su mayor esfuerzo

en explicar al paciente, a pesar de que muchos se presenten a la farmacia y no acatan el consejo farmacéutico.

Las entrevistas evidencian que la educación es un área de mejora, la cual, si se implementara, podría ser de gran ayuda y beneficiaría al paciente por concienciar sobre el consumo de estos fármacos. La EN- no está de acuerdo en que la responsabilidad totalmente sea del farmacéutico; considera que es un punto importante, pero no es el 100% su responsabilidad. Señala que los pacientes consumen sus tratamientos en otros lados distintos a la farmacia, en ocasiones, pero sí es un punto por mejorar en cuanto a la educación que se le debe brindar a la población.

El rol del farmacéutico consiste en la asesoría y representación para el buen uso y la correcta manipulación de los productos farmacéuticos. Uno de los requisitos para el funcionamiento de un establecimiento farmacéutico es tener un regente farmacéutico durante el horario de atención. En la actualidad, se maneja que una de las mejores armas para luchar contra la enfermedad es la prevención. Por esta razón, una de las actividades que comprende la atención farmacéutica es la educación sanitaria, la cual se orienta principalmente a la prevención como forma más eficaz de luchar contra la enfermedad. En este campo, el farmacéutico tiene los medios necesarios para desarrollar una actividad muy importante, sí se valora que es un profesional sanitario cercano a la población.

Figura 13 ¿Considera usted que cuenta con las herramientas necesarias (guías, cursos, artículos) para realizar un seguimiento farmacoterapéutico eficaz que le permita tratar a un paciente con cefalea por el uso excesivo de medicamentos?



Fuente: Elaboración propia, 2024.

Como se puede observar en la Figura 13 anterior, la totalidad de entrevistados considera que no cuenta con una guía, curso, revista, otro, que fortalezca el seguimiento farmacoterapéutico; eso es preocupante, pues para garantizar un buen desarrollo profesional se necesita actualización constante.

En el periodo de enero a junio de 2024, el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica solo ofreció un curso titulado “Migrañas y nuevas opciones terapéuticas”, como la única oportunidad de crecimiento personal y profesional para los regentes farmacéuticos costarricenses. El entrevistado EN-5 exponía que se había enterado de este curso dirigido a tratar pacientes migrañosos, mas no conoce ningún otro curso asociado a la patología en estudio.

Las casas farmacéuticas fomentan la educación al regente, al promover charlas educativas donde se promocionan distintas gamas de productos farmacéuticos y abarcan

temas de interés general. En este año, casas farmacéuticas como Viatris impartió un taller llamado “Taller de actualización migraña”.

Por otro lado, la búsqueda de guías a nivel nacional para el trato de cefaleas por consumo de medicamentos arrojó un total de cero y dejó a los farmacéuticos bases para proponer una atención farmacéutica acertada para este grupo terapéutico. La EN-6 expresaba que no conocía mucho del tema, además de que no conoce ninguna guía que pueda enriquecer su conocimiento actual.

Continuando, ya que el tema es de escaso conocimiento, se llevó a cabo una búsqueda de guías internacionales de apoyo para los regentes. Eso arrojó como resultado un total de 3 ediciones descritas de la Guía internacional de la clasificación de las cefaleas, con su más reciente actualización titulada: ICH-III beta. Esta es la clasificación internacional de las cefaleas y ofrece métodos de diagnóstico, tratamientos y abordajes para las distintas subclasificaciones de esta patología.

A nivel internacional, de igual manera, los resultados obtenidos son de aproximadamente 866 artículos de revista relacionados con las cefaleas; estos fundamentan la buena información en las plataformas digitales abiertas al personal de la salud, con el objetivo de educar, enriquecer y sobre todo, ser apoyo para que los regentes farmacéuticos desarrollen una buena atención farmacéutica y por tanto, un seguimiento farmacoterapéutico adecuado.

Si un tema es estudiado, comprendido y manejado se facilita la enseñanza a los pacientes y promueve un buen ofrecimiento del servicio de seguimiento farmacoterapéutico; esta es un área de mejora para los regentes.

Tabla 33 ¿Cuáles considera usted que son las áreas de mejora de un regente al realizar seguimiento fármaco terapéutico de pacientes con migraña crónica causada por el consumo de analgésico y fármacos antimigrañosos en exceso?

Área de mejora	Entrevistados						Total
	EN-1	EN-2	EN-3	EN-4	EN-5	EN-6	
Factor tiempo	X	X		X	X	X	5
Relación profesional paciente	X	X	X	X		X	5
Educación al paciente		X	X	X	X		4
Factor económico				X	X	X	3

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Información proporcionada por los entrevistados

Exponiendo los datos anteriores, se puede observar un empate múltiple entre los puntos factor tiempo y relación profesional paciente, mencionados 5 veces por los entrevistados. El entrevistado EN-1 describe que el tiempo es fundamental para realizar una entrevista correcta al paciente, que garantice una buena atención. El entrevistado EN-6 considera que, si se toma el tiempo necesario, eso puede garantizar la mejoría y brindar una buena atención.

La mala gestión del tiempo puede traer consecuencias graves para la seguridad del paciente y la atención en la salud. El tiempo es un indicador de mucha importancia en la atención farmacéutica y puede tener un impacto tanto positivo como negativo en la seguridad del paciente.

Por consiguiente, si no se maneja un tiempo de consulta amplio, la relación profesional-paciente será limitada; esta constituye otra de las áreas de mejora mencionada por los regentes farmacéuticos entrevistados. La relación farmacéutico- paciente está limitada a la confianza y extracción de datos de la entrevista realizada; esta parte del proceso es fundamental para conseguir una atención farmacéutica eficaz.

El entrevistado EN-2 comenta que “generar confianza en la consulta de parte del paciente hacia nosotros es de suma importancia para aclarar cualquier duda respecto a medicamentos o patología, ya que en muchas ocasiones somos el primer contacto que tiene el paciente, esto nos da la opción de conocer a nuestro paciente e indagar más a fondo”.

Una buena relación entre el farmacéutico y el paciente contribuye a disminuir los errores clínicos y la necesidad de pruebas adicionales, lo cual resulta en una mejor orientación diagnóstica y mayor adherencia a los tratamientos. Esta relación es esencial para abordar de manera efectiva una enfermedad o un tratamiento.

En tercer lugar, como se ha venido mencionando anteriormente, la educación al paciente sigue prevaleciendo dentro de las áreas de mejora, con un total de 4 menciones. El entrevistado EN-5 considera que el conocimiento a los pacientes hace que pueden llevar de una manera más amena su patología.

Para finalizar, en el cuarto puesto se puede observar el factor económico; este es un poco desafiante para los regentes, ya que no tienen poder absoluto sobre los precios que se manejan en el hospital, y para muchos pacientes son elevados. Valorando este punto, el área de mejora es considerar distintas terapias que se acoplen a las necesidades farmacológicas y disposiciones económicas de los pacientes.

La EN-5 describía que no todas las personas, lastimosamente, tienen la oportunidad de pagar un médico privado, mientras que el entrevistado EN-6 menciona que el factor económico es una limitante para pacientes ambulatorios que se presentan a la farmacia a buscar una terapia.

Considerando cada una de estas áreas por mejorar, se realizó la consulta a los regentes si dentro de su perspectiva, al aplicar estas mejoras habría algún cambio en una disminución del riesgo de que los pacientes padezcan de cefalea por el consumo de medicamentos.

Tabla 34 Perspectiva de los regentes farmacéuticos sobre si la cefalea por el uso excesivo de medicamentos es un problema predominante en la actualidad, en el cual el farmacéutico es responsable

Perspectiva de disminución	Entrevistados						Total
	EN-1	EN-2	EN-3	EN-4	EN-5	EN-6	
Sí	X	X	X	X	X		5
No							0
Un poco							1

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Exponiendo los datos obtenidos en la Tabla 34, se puede evidenciar cómo los entrevistados EN-1, EN-2, EN-3, EN-4 y EN-5 se encuentran de acuerdo en que implementar estas mejoras ayudaría a disminuir los casos de cefalea por consumo de medicamentos. El entrevistado EN-2 comentaba en su entrevista que no se va a reducir al 100%, pero sí sería bueno concientizar sobre el consumo de estos fármacos.

En el caso contrario, con solo una mención por parte de los entrevistados, se considera que solo habría un poco de cambio al realizar estas mejoras. El EN-6 indica en su entrevista que se necesita más que solo implementar las mejoras mencionadas anteriormente; se necesita imponer acciones que respalden cada mejora como tal, para ver el cumplimiento de esta.

En el último lugar, con un total de cero, la respuesta NO es la menos escogida por los entrevistados; se deja abierto y se ve el interés por parte de los regentes farmacéuticos de implementar las áreas de mejora y así potenciar la atención farmacéutica.

Tabla 35 Tomando en cuenta las áreas de mejora ¿cuáles acciones considera que se deberían implementar para mejorar el seguimiento farmacoterapéutico de parte de los regentes? ¿Qué tan relevante es que el farmacéutico tenga conocimiento sobre el manejo de la cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Acciones	Entrevistados						Total
	EN-1	EN-2	EN-3	EN-4	EN-5	EN-6	
Determinar un tiempo de consulta para cada paciente		X		X	X		3
Establecer una relación de confianza que permita obtener información			X	X	X		3
Utilizar boletines informativos sobre la patología	X	X		X			3
Implementar nuevas terapias						X	1
Implementar herramientas como guías, diagramas de flujo, otros	X	X	X	X	X		5
Mantener un sistema donde se archive la	X		X	X	X	X	5

información del paciente para favorecer la comunicación							
---	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia, 2024.

En la primera categoría de análisis se muestra cómo los regentes farmacéuticos estuvieron de acuerdo en dos opciones que les facilitarían la consulta farmacéutica, además, áreas que podrían mejorar para optimizar la atención. Implementar herramientas como guías diagramas de flujo, otros, tiene 5 menciones respecto de las acciones que los regentes consideran importantes para mejorar la atención farmacéutica. Los entrevistados EN-1, EN-2, EN-3, EN-4, EN-5, describieron en sus entrevistas que se podría incentivar la implementación de un plan de acción, con la utilización de una guía para facilitar el manejo y diagnóstico.

Con la misma cantidad de menciones, un total de 5, se encuentra mantener un sistema donde se archive la información del paciente para favorecer la comunicación. Los regentes expresaban que cada turno es un regente diferente y para esta patología se necesita llevar un registro de las visitas del paciente. El entrevistado EN-6 mencionaba que se podría tener un sistema donde se le solicitara el número de cédula al paciente y así ver el historial anterior que este presentaba.

Por otra parte, el entrevistado EN-1 describía que se podría tener algún tipo de archivo de texto para así facilitar a los otros regentes la comprensión de las consultas que este paciente presentaba anteriormente. Estas dos áreas fueron valoradas para mejora, con acciones predominantes que describen el interés del farmacéutico de realizar el cambio.

Con un triple empate, se encuentran las opciones de determinar un tiempo de consulta para cada paciente, establecer una relación de confianza que permita la obtención de información, utilizar boletines informativos sobre la patología; estas son mencionadas cada una 3 veces por parte de los regentes. El entrevistado EN-4 expone en su entrevista que se podría utilizar un tiempo de consulta de 10 minutos, aproximadamente, para abarcar toda la entrevista farmacéutica. Por otra parte, el entrevistado EN-2 señala que se podría generar la necesidad a las jefaturas de tener un poco más de disponibilidad de tiempo para hacer evaluaciones en la consulta.

Por consiguiente, establecer una relación de confianza que permita la obtención de información es una acción que ayudaría a mejorar la relación profesional-paciente, por lo cual es importante generar confianza para que el paciente pueda expresar cada sintomatología y dudas al respecto. El entrevistado EN-3 decía que se podría hasta utilizar plataformas digitales como WhatsApp para mantener una conversación y darle seguimiento a la consulta realizada en la farmacia.

Como se ha mencionado a lo largo de este capítulo, la educación al paciente es de los factores más relevantes para el control de la patología estudiada. Los entrevistados mencionaban que se pueden llegar a ofertar boletines informáticos que permitan al paciente ser consciente de que el uso indebido de fármacos puede generarle efectos desfavorables en la salud, promoviendo la visita al médico y farmacéutica como la mejor opción de consulta.

Para finalizar, como plan de acción para el área de mejora del factor económico limitante de los pacientes, como se mencionó anteriormente, no se cuenta con la posibilidad de realizar un cambio a nivel de precios, pero sí utilizar terapias complementarias e implementar otras que se acoplen a las necesidades del paciente, según su sintomatología y disposiciones económicas.

De la información extraída de las entrevistas se pueden delimitar tres áreas importantes determinadas por el entrevistado, como lo es la educación personal. Esto se considera como un área de mejora, pues según la percepción de las respuestas obtenidas, se

evidencia que el manejo de esta patología es limitado, en ocasiones por desconocimiento de ella.

Como segunda área de mejora, según la percepción del entrevistado, así como del punto anterior, en cada una de las respuestas proporcionadas por los entrevistados se considera relevante la aplicación de método de seguimiento. Se determina que la aplicación de las fases de seguimiento es limitada, de manera casi imperceptible dentro de la consulta farmacéutica de la patología en estudio; además, se evidenció que la oferta de esta actividad farmacéutica no es considerada de relevancia.

Como último punto por analizar, la educación al paciente es parte primordial y se encuentra dentro del rol que debe cumplir el farmacéutico, ya que dentro de las responsabilidades que ejerce se encuentra el velar por el uso racional de medicamentos y la aplicación de terapias adecuadas para la disminución de consumo excesivo de estos. Por esta razón, es tomada en cuenta como un área de mejora, ya que en muy pocas ocasiones el regente farmacéutico desarrolló recomendaciones sobre el manejo de su terapia o cómo debía proceder sobre la patología, para así mejorar la calidad de vida del paciente.

Para finalizar, como se observó en los datos obtenidos, los regentes farmacéuticos del Hospital Metropolitano consideran que sí hay distintas áreas de mejora como la implementación de tiempos de consulta que brinden la oportunidad de ofrecer el servicio de seguimiento farmacoterapéutico, además de mejorar la relación profesional-paciente, para determinar puntos importantes dentro de la consulta y también generar confianza con el paciente, de modo que le permita un resultado positivo. Por consiguiente, la educación al paciente posibilitará el establecimiento de objetivos en conjunto, para plantear propuestas de mejora en función de su calidad de vida. Los regentes farmacéuticos del Hospital Metropolitano, están conscientes de que se pueden implementar acciones para realizar un seguimiento farmacoterapéutico optimizado para pacientes con migraña crónica, que se presenten a la consulta farmacéutica por consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el presente aparatado, se incluyen las conclusiones que surgen luego de la realización del análisis de los resultados, las cuales se organizan de forma independiente, para identificarlas de acuerdo con el objetivo específico señalado. De esta manera, se pretende determinar y analizar los puntos débiles hallados por medio de la entrevista y brindarles una sugerencia de mejora en la etapa de recomendaciones.

5.1 Conclusiones

5.1.1 Identificar los analgésicos y fármacos antimigrañosos más utilizados por los pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que padecen de migraña crónica.

5.1.1.1 El uso de analgésicos tiene un impacto significativo en la salud de los pacientes. Un uso desmedido de estos podría causar afectaciones en la vida diaria del usuario, donde la automedicación y falta de educación son las únicas culpables de esta tendencia. Los pacientes, al experimentar un dolor, tienden a utilizar analgésicos en forma de *sachet* o como el Enantyum, Dalivium y Mencetamol, por su rápido tiempo de efecto para aliviar la sintomatología presentada; estas son las primeras categorías de escogen la frente a crisis.

5.1.1.2 La migraña es considerada una de las causas más comunes de consulta, según los regentes del Hospital Metropolitano, con un promedio aproximado de 1 a 10 consultas diarias en cada turno. Dentro de la consulta farmacéutica, los antimigrañosos frecuentemente utilizados para tratar este padecimiento son: Migradorixina y el Avamigram, en cuya composición tienen la ergotamina, y son considerados fármacos específicos para esta patología.

5.1.2 Evaluar las prácticas actuales de seguimiento farmacoterapéutico llevadas a cabo por los regentes farmacéuticos del Hospital Metropolitano en el manejo de la migraña crónica y cefaleas en pacientes ambulatorios.

5.1.2.1 La cefalea por consumo excesivo de medicamentos es una patología particularmente desafiante de diagnosticar y tratar, se necesitan bases que fundamenten su diagnóstico y, sobre todo, conocimiento sobre la existencia de esta sintomatología. Se

demuestra que, en su mayoría, los regentes conocían del tema, pero no pueden reconocer criterios para la diferenciación de esta con otras cefaleas comunes, lo cual implica una barrera que imposibilita el diagnóstico certero de la patología en estudio.

5.1.2.2 Se demuestra la existencia de alternativas como el análisis de la situación, el plan de actuación y la evolución de la patología, las cuales se pueden implementar para realizar seguimiento farmacoterapéutico a pacientes que presentan migraña por consumo excesivo de analgésicos y antimigrañosos, por medio de la interrupción abrupta del fármaco y la utilización de medicamentos profilácticos; esto es desconocido para la mayoría de los regentes entrevistados y generaría inconsistencias en el abordaje si se presentaran pacientes ambulatorios con esta patología.

5.1.2.3 El conocimiento y educación activa de los regentes es parte vital para el desarrollo de una buena consulta y un adecuado diagnóstico; esto constituye una limitante, ya que los regentes farmacéuticos del Hospital Metropolitano tienen bases inestables para llevar un seguimiento farmacoterapéutico adecuado. Se evidencia que realizan el seguimiento farmacoterapéutico fragmentado, sin respetar sus etapas y obtienen así resultados no satisfactorios, lo cual demuestra que la aplicación de este método se considera nula.

5.1.3 Determinar áreas de mejora en las prácticas de seguimiento farmacoterapéutico para pacientes con migraña crónica causada por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos.

5.1.3.1 El crear un ambiente de confianza con el paciente facilita el ofrecimiento del servicio de seguimiento farmacoterapéutico. La necesidad de tener un programa de atención farmacéutica surge inmediatamente desde que el paciente requiere el uso de productos farmacéuticos; el papel de la educación a este es esencial para disminuir el riesgo de automedicación y así optimizar la atención en el establecimiento, por medio de la renovación de estrategias que permitan mejor su calidad de vida.

5.1.3.2 La optimización del historial clínico y acceso a las visitas anteriores de los pacientes, de manera virtual, en un expediente electrónico, garantizan la optimización de una terapia adecuada, además de facilitar el estudio al disminuir el tiempo la consulta; eso hace factible el mejoramiento de la atención farmacéutica y la evaluación de la patología. Así mismo, la implementación de herramientas que fundamenten el abordaje del regente farmacéutico, tales como cursos de fortalecimiento, revistas informativas y guías de diagnóstico, se tornan fundamentales para adaptarse a las características y necesidades del paciente.

5.1.3.3 Reconocer áreas de mejora como el establecer una buena relación profesional paciente, educación continua del regente y proponer tiempo de consulta en la atención farmacéutica, facilita determinar los puntos débiles, fomenta la creación de un plan de seguimiento que fortalezca el seguimiento farmacoterapéutico, en función de su mejoría y se torna importante para optimizar la atención en el establecimiento. Los regentes son desafiados a desarrollar sus habilidades y a buscar alternativas de crecimiento personal y grupal, donde se garantice una atención adecuada.

5.3.4 Para finalizar, con los datos proporcionados por los entrevistados se puede contestar la pregunta principal de investigación: ¿Cuál es la efectividad del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que sufren de migraña crónica debido al consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos, para la optimización de la atención farmacéutica, durante el periodo de enero a junio de 2024?

El seguimiento farmacoterapéutico tiene como fin observar los beneficios de una buena terapia, luego de aplicar un tratamiento a un diagnóstico dado; implica seguir una serie de etapas que describirán el panorama del paciente para ser estudiado y categorizado. En esta investigación, se evidencia que la efectividad del seguimiento es relativamente baja, pues las fases propuestas no se ponen en práctica por falta de oferta del servicio y de conocimiento por parte de los regentes farmacéuticos entrevistados. Se pudieron observar deficiencias que afectan directamente la efectividad de la práctica farmacéutica, como lo es un manejo inapropiado del grupo de pacientes descrito; eso fomenta un servicio de atención

farmacéutica débil, que no genera ninguna ventaja competitiva para mejorar la calidad de vida de pacientes con migraña crónica por el consumo de analgésicos y fármacos antimigrañosos.

5.2 Recomendaciones

En este apartado de la investigación se establecen las sugerencias o consejos que surgen a partir del análisis de resultados. Lo anterior, tiene el fin de mejorar aspectos para optimizar la atención farmacéutica de los regentes del Hospital Metropolitano, frente a cefaleas crónicas causadas por el consumo de analgésicos y fármacos antimigrañosos.

5.2.1 Recomendaciones a los regentes del Hospital Metropolitano:

Incentivar la expansión de servicios como el seguimiento farmacoterapéutico para generar al establecimiento oportunidades de crecer. También, implementar guías específicas para la patología estudiada, con el fin de mejorar la atención a estos pacientes y lograr mayor eficacia y seguridad, promoviendo resultados clínicos que favorezcan su calidad de vida.

Motivar al crecimiento personal y profesional por medio de cursos impartidos por el Colegio de Farmacéuticos, casas farmacéuticas, cursos en línea internacionales, guías de aprendizaje y revistas que permitan expandir sus conocimientos y ofrecer al paciente una atención actualizada y puntual.

Desarrollar programas dedicados a estrategias que permitan educar al paciente sobre la automedicación y el uso irracional de fármacos analgésicos y antimigrañosos, para así reducir esta problemática en el ámbito de farmacia, promoviendo prácticas de prescripción más prudentes.

Profundizar en el fortalecimiento de la relación entre farmacéutico y paciente, con el fin de crear un ambiente de confianza que genere un abordaje exhaustivo para maximizar la comunicación y acoplar terapias certeras, según la sintomatología y necesidades que presente el usuario.

Promover la educación al paciente para un manejo seguro de su tratamiento, lo que implica una educación continua, comprensible y clara por parte de los regentes, donde se ofrezcan servicios de seguimiento y atención farmacéutica que incentiven opciones de

tratamiento, medida preventivas, uso de medicamentos profilácticos y se disminuya la automedicación. Lo anterior, para mejorar la toma de decisiones de los pacientes, pues si se capacitan sobre su estado y condición médica mejorarán los resultados clínicos.

5.2.2 Recomendaciones al Colegio de Farmacéuticos

Implementar y proponer programas de capacitación continua para los profesionales farmacéuticos y garantizar un manejo adecuado de la cefalea por consumo de medicamentos. Eso, mediante capacitaciones virtuales ajustadas a las necesidades y disponibilidad del regente, donde se aborden temas básicos de la patología, síntomas, criterios de diagnóstico, y opciones de tratamiento; además de profundizar en temas como deshabitación de medicamentos y utilización de terapias profilácticas, inclinados al seguimiento farmacoterapéutico.

5.2.3 Recomendaciones al Hospital Metropolitano

Utilizar un sistema que permita recolectar información para fácil ejecución del historial médico del paciente, así como de las consultas anteriores y los fármacos que habitualmente esta compra; ello, para fortalecer la comunicación entre regentes farmacéuticos del Hospital Metropolitano y optimizar el tiempo de entrevista, encaminado al tratamiento más preciso, para mejorar la calidad del servicio.

Considerar la implementación del tiempo de consulta para cada paciente, de modo que se beneficie tanto este como el regente de turno, al agilizar el servicio y maximizar la atención farmacéutica.

5.3.4 Recomendaciones para investigaciones futuras

Investigar la atención farmacéutica que se le brinda en el Hospital Metropolitano a pacientes con cefaleas en general y específicamente a los que presentan cefalea crónica por medicamentos, así mismo, determinar si las áreas de mejora descritas en este apartado han tenido evolución.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Paliat - Secretaría de Salud Jalisco. Situación actual de los Servicios Farmacéuticos en México. C.P.45170, Mexico ; 2015.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Tokio [consultado el 18 de marzo del 2024] , EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD: Atención Farmacéutica, Disponible en : [Microsoft Word - Declaración de Tokio.doc \(forofarmaceutico.org\)](#)
3. Anmdecolombia.org [Internet]. Colombia: Anmdecolombia;2022[consultado el 18 de marzo del 2024]. Disponible en [El dolor de cabeza afecta a más del 50 % de la población mundial - Academia Nacional de Medicina de Colombia \(anmdecolombia.org.co\)](#)
4. Fallas Santana C, Quesada Salas AH, Porras Vargas AG. Cefalea por abuso de medicamentos. Rev.méd.sinerg. 1 de marzo de 2023[Citado el 18 de marzo del 2024];8(3):e986. Disponible en [rms233h.pdf \(medigraphic.com\)](#)
5. J. María Loreto. Cefaleas, evaluación y manejo inicial.Rev. Med.Cond [Internet]. 2015 [20 de marzo 2024];(25)651-657. DOI: 10.1016/S0716-8640(14)70086-0
6. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington DC: OMS; 2024 [consultado el 20 de marzo del 2024] Disponible en: [Cefaleas \(who.int\)](#)
7. Abarca A. Cefalea en Racimos. Med Cos.Ric. [Internet]. 2016 [20 de marzo 2024];(33)1-8.Disponibles en: [2215-5287-mlcr-33-01-00246.pdf \(scielo.sa.cr\)](#)
8. Herize M, Gouveia M. Cefaleas y neuralgia occipital.Soc.med [Internet].2019 [citado el 20 de marzo del 2024] ; 29(1): 4-7. Disponible en: [Cefaleas y neuralgia occipital \(revistacentromedico.org\)](#)
9. Palacios Sanchez L. Breve historia de las clasificaciones de las cefaleas Rev. Cienc. Salud [Internet].2014 [citado el 20 de marzo del 2024] ; 2(1): 46-5. Disponible en: [8.P65 \(urosario.edu.co\)](#)
10. Arnold Friedman P. Evolución histórica del concepto de cefalea tensional: un viaje bibliográfico desde Arnold P. Friedman a nuestros días.Rev.Neuro [Internet]. 2020[citado el 20 de marzo del 2024] ; 8(3): 109-119. Disponible en: [NAHV8N32020109_119ES.pdf \(sen.es\)](#)
11. Barrientos N, Juliet R, Rapoport A, Salles P, Milan A, Meza P. Cefalea por abuso de medicamentos y sus marcadores clínicos [Internet].2022[citado el 20 de marzo del 2024] ;1(60)717-922.Disponible en: [Cefalea por abuso de medicamentos y sus marcadores clínicos \(scielo.cl\)](#)
12. Medicina y Salud Publica [Internet].Puerto Rico. Revista Medicina y Salud Pública ;2024 [consultado el 1 de abril del 2024]. Disponible en: [“El sobreuso de analgésicos para el dolor de cabeza puede empeorar la gravedad de la migraña” \(medicinaysaludpublica.com\)](#)

13. Condori G, Hernando H, Jauregui M, Miriam. La cefalea y el uso de analgésicos en usuarios de una botica inkafarma en Villa Maria del Triunfo-Lima 2022 [Tesis de licenciatura en Farmacia]. Lima, Peru: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt ;2022
14. Pillihuamán C, Hinojosa V. Calidad de servicio y automedicación por cefaleas en pacientes que acuden a dos boticas de la Avenida José Carlos Mariátegui en Villa María del Triunfo, Lima 2022 [Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico]. Lima, Peru: Universidad Norbert Wiener.
15. González O, Belvís R, Cuadrado L, Díaz S, Irimia P, Latorre R, Pascual J, Pozo-Rosich P, Sánchez del Río M, Santos-Lasaosa S. Santos-Lasaosa [Internet].2020 [citado el 01 de abril del 2024] 3(36) 229-240. DOI: [10.1016/j.nrl.2020.04.029](https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.029)
16. Gomez L, Riaguas B. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA MIGRAÑA.Rev. Bol Farma Casti [Internet].2021[citado el 01 de abril del 2024] ; 2(22)01-10.Disponible en: bft_2021_2_abordaje_terapeutico_de_la_migrana.pdf (castillalamancha.es)
17. Prieto Gonzalez M. Actualización y avances en el manejo de la migraña [Facultad de Farmacia Doble Grado en Farmacia, Óptica y Optometría].Sevilla, España: Universidad de Sevilla ; 2021.
18. Ojeda J, IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO IDÓNEO DE CEFALEA POR ABUSO DE ERGOTAMINA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD [Tesis de licenciatura en ciencias químicas]. Ecuador, Machala: Univerdiad Tecnica de Machala ;2021.
19. Saneurologia.org [Internet]. Madrir: Medea ;2021 [consultado el 18 de abril del 2024]. Disponible en: Guia-Práctica-Cefaleas-SANCE-2021.pdf (saneurologia.org)
20. Solano A, Ramirez X, Solano A. Actua:lización de la Migraña. Rev Med Sinergia [Internet].2020 [citado el 18 de abril del 2024] ; 4(5)2-11. DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i4.447>
21. Gomez L, Lee J, Fernandez H. Cefalea por abuso de medicamentos. Rev. Clin UCR [Internet].2018 [citado el 18 de abril del 2024] ;2(8) 1-8. Disponible en: ucr182a.pdf (medigraphic.com)
22. Estrategias de abordaje de las cefaleas primarias en adultos de 18 a 65 años en atención primaria” planteando como objetivo poder analizar el abordaje de las cefaleas primarias en el adulto Alvares S, García G, Silva F. Cefalea por uso excesivo de medicamentos: implicaciones clínicas y terapéuticas. Acta Neurol Colomb. [Internet].2020[citado el 28 de abril 2024];4(26)1-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v26n4/v26n4a03.pdf>

23. Orozco C, Alfaro F. Cefaleas potencialmente mortales Revista Ciencia Y Salud a [Internet]. 2022 [citado el 18 de abril del 2024] 6(3), 119–128. Disponible en: [119+-+128 \(2\).pdf](#)
24. Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica. CÓDIGO DE ÉTICA FARMACÉUTICA. 5ta ed. Costa Rica:COLFAR;2015.
25. Sistema Costarricense de información Jurídica. Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos Privados.14ta ed.Costa Rica.Decreto Ejecutivo;1985.
26. Colegio de Farmaceuticos de Costa Rica. REGLAMENTO DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS. 1era ed.Costa Rica: La Gaceta;2018.
27. Carpio Torres O. Asejim [Internet]. Costa Rica: Asejim; [consultado el 20 de abril del 2024]. Responsabilidades del regente[4 pantallas aprox.]Disponible en: [Regente farmacéutico: ¿Cuáles son sus responsabilidades en una droguería? \(asesoriasjimenez.com\)](#)
28. Gomez M, Rmirez P, Rosales M. La atención farmacéutica: componente de calidad necesario para los servicios de salud [Internet].2015 [citado el 20 de abril del 2024] ; 16(2). Disponible en: [mul122j.pdf \(medigraphic.com\)](#)
29. Saldaña M. La atención farmacéutica. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2016[citado el 20 de abril del 2024] ; 4(13). Disponible en: [La atención farmacéutica \(isciii.es\)](#)
30. The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. DECLARACION DE ALMA-ATA. 7a. Washington, DC:Alta-medica ;2020.
31. Rojas C, Cano S, Lizani C, Cordero C. Servicios de Atención Farmacéutica en farmacias de comunidad privada de Costa Rica: percepción de usuarios. Rev. OFIL·ILAPHAR [Internet]. 2022 [citado el 20 de abril del 2024] ; 4(32)11-94.Disponible en: [Vancouver.NORMAS-DE-CITACION-VANCOUVER-UIA-25-01-2022.pdf](#)
32. Gervas J, Garcia F. La Atención Farmacéutica en España: contraste entre la expectativa y la realidad.Rev Phar Esp [Internet]. 2016[citado el 20 de abril del 2024] ;8(1):28-32.Disponible en: [Portada 1-2006 #42 \(pharmcareesp.com\)](#)
33. Rincon A, Goncalves E, Andrade B. Atención farmacéutica comunitaria y su impacto en la percepción sobre el profesional farmacéutico. **Rev Nac Rangel**[Internet].2022[citado el 20 de abril del 2024] ;2(43):7-47. Disponible en: [Atención farmacéutica comunitaria y su impacto en la percepción sobre el profesional farmacéutico en 03 Parroquias del municipio Libertador del estado Mérida. \(scielo.org\)](#)
34. Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder. 3ra ed. Granada: Pharmacy Practice ;2016.

35. Ministerio de protección social. Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones. 2da ed.Colombia: MPS;2017.
36. Salazar A, Carrascal V, Bejunmea D, Amarilles P. FARMACIA CLÍNICA, ATENCIÓN FARMACÉUTICA: CONCEPTOS, FILOSOFÍA, PRÁCTICA PROFESIONAL Y SU APLICACIÓN EN EL CONTEXTO COLOMBIANO. Rev pro farma[Internet].2022[citado el 22 de abril del 2024] ;1(19):121-404. Disponible en: [CLINICAL PHARMACY, PHARMACEUTICAL CARE: CONCEPTS, PHILOSOPHY, PROFESSIONAL PRACTICE AND ITS APPLICATION TO THE COLOMBIAN CONTEXT \(scielo.org.co\)](https://scielo.org.co/document/19121-404)
37. Cofalencia.org[Internet].España: Consenso sobre ; 2022 [consultado el 22 de abril del 2024].Disponible en: [Consenso Atención Farmacéutica \(cofpalencia.org\)](https://cofpalencia.org)
38. Morales J. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias.Phar Comm[Internet].2015[citado el 22 de abril del 2024] ;3(26):129-134. Disponible en: [Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias | Atención Primaria \(elsevier.es\)](https://elsevier.es)
39. Romero K,Ramor G. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DEL NIÑO “DR. FRANCISCO[PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN FARMACIA CLÍNICA Y HOSPITALARIA].Ecuador: Universidad Regional Autónoma de Andes;2018.
40. Barrutia Guenaga A. Revoista Medica Ocronos [Internet].España:Ocronos n; [consultado el 25 de abril del 2024] DOS PILARES DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA: LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MEDICAMENTO (PRM) Y LOS RESULTADOS NEGATIVOS RELACIONADOS CON EL MEDICAMENTO (RNM). [2 pantallas aprox.]. Disponible en: [Dos pilares de la atención farmacéutica: los problemas relacionados con el medicamento \(PRM\) y los resultados negativos relacionados con el medicamento \(RNM\) - Ocronos - Editorial Científico-Técnica \(revistamedica.com\)](https://revistamedica.com)
41. Gomez M, Serna L. Cefalea: Más que un simple dolor.Rev Mex neuro[Internet].2015[citado el 26 de abril del 2024]; 16(6): 41-53. Disponible en: [rnm156e.pdf \(medigraphic.com\)](https://medigraphic.com)
42. Moreno D, Irimia P.Universidad de Navarra [Internet]. Navarra, España:Clinica Universidad [consultado el 27 de abril del 2024].Cefaleas [11 pantallas aprox.].Disponible en: [guia-actuacion-cefaleas \(1\).pdf](https://guia-actuacion-cefaleas(1).pdf)

43. Intargets [Internet]. España: CAMP TARRAGONA; 2016 [consultado el 27 de abril del 2024]. Disponible en: [Intargets: ¿Sabías que... las migrañas afectan a más del 10% de la población mundial?](#)
44. Pabon Paramo Carlos. Actualización en la prevalencia y carga de la enfermedad cerebrovascular en Costa Rica en el período comprendido entre 2009-2019. Rev mediCR [Internet]. 2020 [citado el 26 de abril del 2024] ;630(86):1-10. Disponible en: [rnc20630c.pdf \(medigraphic.com\)](#)
45. Comité de clasificación de la cefalea de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS). III edición de la Clasificación internacional de las cefaleas. Cephalgia [Internet]. 2018 [citado el 26 de abril del 2024] ;1(38)1-211. Disponible en: [Microsoft Word - ICHD-III traducción al español - cambios 20.03.2019.docx \(ihs-headache.org\)](#)
46. Brener G. Farmacología Basica [Internet]. 5ta ed. Estados Unidos: Elsevier Health Sciences; 2023 [consultado el 26 de abril del 2024]. Disponible en: [Clasificación y tratamiento farmacológico efectivo para las cefaleas \(elsevier.com\)](#)
47. Gonzalez Oria C. Documento de revisión y actualización de la cefalea por uso excesivo de medicación (CUEM). SEN [Internet]. 2018 [citado el 27 de abril del 2024] ;1(36)229-240. Disponible en: [Documento de revisión y actualización de la cefalea por uso excesivo de medicación \(CUEM\) \(elsevier.es\)](#)
48. Alvarez S, García G, Silva F. Cefalea por uso excesivo de medicamentos: implicaciones clínicas y terapéuticas. Acta Neurol Colomb. [Internet]. 2020 [citado el 28 de abril 2024];4(26)1-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v26n4/v26n4a03.pdf>
49. López Martines M. PATRÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD ESPECÍFICA DE CEFALEA [Tesis para aspirar al Título de Doctor por la Universidad de Sevilla]. Sevilla, España; 2016.
50. Azuero Azuero A. Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación. Koino [Internet]. 2018 [citado el 1 de mayo 2024] ;8(4):110-127. Disponible en: [Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación \(redalyc.org\)](#)
51. Garcia J, Sanchez P. Diseño teórico de la investigación: instrucciones metodológicas para el desarrollo de propuestas y proyectos de investigación científica. Inf. tecnol [Internet]. 2020 [citado el 1 de mayo 2024] ;6(31)1-9. Disponible en: [Diseño teórico de la investigación: instrucciones metodológicas para el desarrollo de propuestas y proyectos de investigación científica \(scielo.cl\)](#)

52. Villamil Foseca Olga, Redaly [Internet].Colombia: Umbral Científico;[consultado el 1 de mayo 2024]. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA, COMO PROPUESTA METODOLÓGICA PARA EL ABORDAJE DE INVESTIGACIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN COMUNIDAD [7 pantallas aprox.]. Disponible en: [Redalyc.Investigación cualitativa, como propuesta metodológica para el abordaje de investigaciones de terapia ocupacional en comunidad](#)
53. Narvaez V, Nuñez A. Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. Redaly [Internet].2016[citado el 1 de mayo 2024];14(1): 115-121. Disponible en: [Redalyc.Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud](#)
54. Gomez J, Villasís-Keever M, Miranda M. El protocolo de investigación III: la población de estudio.Redaly[Internet].2016 [citado el 1 de mayo 2024];2(63): 201-206. Disponible en: [Redalyc.El protocolo de investigación III: la población de estudio](#)
55. Investigalia[Internet].Puerto Rico:Licencia Creative Commons;2021[consultado el 1 de mayo 2024]. Disponible en: [Los sujetos de estudio - Investigalia \(investigaliacr.com\)](#)
56. Brocos Fernandez J. Información como una persona y objeto que provee datos para la investigación. Las fuentes de información le permiten al investigador centrar el trabajo, evitando desviaciones, facilitando la elaboración de hipótesis básicas y proporcionando un marco de referencia para interpretar posteriormente interpretar resultados. SE[Internet].2019[citado el 1 de mayo 2024] ;2(10): 165-192. Disponible en: [Redalyc.FUENTES DE INFORMACIÓN Y BASES DE DATOS PARA INVESTIGACIÓN EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA. ESTUDIO, ANÁLISIS Y BÚSQUEDA](#)
57. Cochrane. Setting eligibility criteria for including studies in the review (C5-C13.MECIR Manual) [Internet]. 2019 [consultado el 2 de mayo del 2024]. Disponible en: [Ejemplos de criterios de inclusión y de exclusión - Revisiones sistemáticas - BiblioGuías at Biblioteca Universidad de Navarra \(unav.edu\)](#)
58. Hernandez S, Duana D. Tecnicas e instrumentos de recolección de datos.UAEH [Internet].2020[consultado el 2 de mayo del 2024] ;17(9):51-53.Disponible en: [\(PDF\) Técnicas e instrumentos de recolección de datos \(researchgate.net\)](#)
59. Del Rio O. Research [Internet].Barcelona, España:Investigación en comunicacion[consultado el 2 de mayo del 2024].El proceso de investigación:etapas y planificación de la investigación. [63 pag.

- aproximadamente]. Disponible en : [\(PDF\) El proceso de investigación: etapas y planificación de la investigación \(researchgate.net\)](#)
60. Aguilar S, Barroso Julio. LA TRIANGULACIÓN DE DATOS COMO ESTRATEGIA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA.BIT [Internet].2015[consultado el 2 de mayo del 2024];47(1): 73-88.Disponible en: [Redalyc.LA TRIANGULACIÓN DE DATOS COMO ESTRATEGIA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA](#)
 61. Shiro Flores M. Las categorías de análisis: el paso crucial en la investigación empírica.ALED.2014; 14 (1): 1-4.
 62. Perez Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev. Soc. Esp. [Internet]. 2020[citado el 18 de junio del 2024];4(2):1-3. Disponible en: [Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás \(isciii.es\)](#)
 63. Sanchez R, Nuñez C. Baldemar F, Sanchez G, Jiron Y. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE AUTOMEDICACIÓN CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN
 64. POBLACIÓN.Cien Lata [Internet].2024[citado el 25 de junio del 2024];1(8):1-4.Disponible en: [Vista de Revisión Bibliográfica sobre Automedicación con Antiinflamatorios no Esteroideos en la Población | Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar](#)
 65. Morera M, Aparicio A, Xirinachs Y, Barber P. Consumo de antiinflamatorios no esteroideos en atención primaria en Costa Rica: evolución y variabilidad geográfica. Gac Sanis [Internet].2007[citado el 25 de junio del 2024];21(6): 458-64. Disponible en: [Consumo de antiinflamatorios no esteroideos en atención primaria en Costa Rica: evolución y variabilidad geográfica - ScienceDirect](#)
 66. Goienetxea E. Seguimiento farmacoterapéutico: competencia del farmacéutico. Farm Comunitarios[Internet].2017;9(4):14-17. doi: [10.5672/FC.2173-9218.\(2017/Vol9\).004.03](#)
 67. Diariofarma[Internet].España: Diariofarma;2015[consultado el 26 de junio del 2024].Disponible en: [Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en Farmacia Comunitaria | @diariofarma](#)

CAPÍTULO V: ANEXOS

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMERICAS



**ENTREVISTA DIRIGIDA A REGENTES FARMACEUTICOS
PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN FARMACIA**

Mi nombre es Maryangel Solano Oviedo, me encuentro cursando la carrera de Licenciatura en Farmacia, de la Universidad Internacional de las Américas.

Actualmente, me encuentro realizando mi trabajo final de graduación con el tema: “Análisis del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que sufren de migraña crónica debido al consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos, para la optimización de la atención farmacéutica, durante el periodo de enero a junio de 2024”, donde usaré la presente entrevista como herramienta para recolectar información vital para mi estudio.

La entrevista es dirigida a personas profesionales en farmacia que presenten conocimiento relacionados con la migraña por consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos, con la intención de conocer cómo es el abordaje que se realiza con los pacientes diagnosticados con esta patología.

Se encuentra dividida en dos partes, en las cuales se consultarán los datos generales de los entrevistados y la información relacionada con la patología por estudiar (analgésicos

y antimigrañosos de uso común, criterios de diagnóstico y áreas de mejora.) La modalidad dispuesta es virtual sincrónica.

La siguiente redacción de preguntas está basada exclusivamente en los objetivos planteados para la investigación

Objetivo general

Analizar el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que presenten migraña crónica causada por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos en un periodo de enero a junio de 2024.

Objetivos específicos

1. Identificar los analgésicos y fármacos antimigrañosos más utilizados por los pacientes ambulatorios del Hospital Metropolitano que padecen de migraña crónica.
2. Evaluar las prácticas actuales de seguimiento farmacoterapéutico llevadas a cabo por los regentes farmacéuticos del Hospital Metropolitano en el manejo de la migraña crónica y cefaleas en pacientes ambulatorios.
3. Determinar áreas de mejora en las prácticas de seguimiento farmacoterapéutico para pacientes con migraña crónica causada por el consumo excesivo de analgésicos y fármacos antimigrañosos

Parte I. Datos generales

- Nombre del profesional
- Años de experiencia en atención a pacientes
- Lugar de trabajo y sede

Parte II. Información relacionada con el abordaje farmacoterapéutico

1. Considerando que los antimigrañosos son categorizados como uno de los fármacos que con más frecuencia ocasionan migraña de rebote, ¿cuáles son los antimigrañosos más utilizados por los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico?
2. Considerando que los analgésicos son categorizados como uno de los fármacos que con más frecuencia ocasionan migraña de rebote, ¿cuáles son los analgésicos más utilizados por los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico?
3. Según su experiencia como regente farmacéutico ¿cómo definiría una cefalea? ¿Con qué frecuencia recibe consultas sobre cefalea?
4. Si se presentara una consulta farmacéutica sobre cefalea ¿cuál es el tipo de cefalea que logra reconocer con mayor frecuencia?
5. Según su experiencia como regente farmacéutico ¿cómo debería ser el abordaje y tratamiento para un paciente que presenta cefalea común?
6. ¿En su recorrido laboral ha realizado seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes que se han consultado sobre una crisis migrañosa?
7. ¿Conoce lo que es una cefalea por consumo de medicamentos? ¿Cómo la definiría?
8. ¿Cuáles considera que son los criterios que diferencian una cefalea común de una cefalea de por consumo excesivo de medicamentos?
9. Si se presentara un caso de cefalea por consumo excesivo de medicamentos en el establecimiento farmacéutico donde usted labora ¿cuál sería el abordaje y tratamiento que usted utilizaría habitualmente?

10. ¿Cree usted que la cefalea por el uso excesivo de medicamentos es un problema predominante en la actualidad, donde el farmacéutico debería ser responsable de educar al paciente y advertirle de las consecuencias sobre el mal uso de analgésicos y fármacos antimigrañosos?

11. ¿Considera usted que cuenta con las herramientas (guías, cursos, artículos) necesarias para realizar un seguimiento farmacoterapéutico eficaz que le permita tratar a un paciente con cefalea por el uso excesivo de medicamentos?

12. ¿Cuáles considera usted que son las áreas de mejora de un regente al realizar seguimiento fármaco terapéutico de pacientes con migraña crónica causada por el consumo de analgésico y fármacos antimigrañosos en exceso?

13. ¿Cree que si se implementaran estas mejoras en el seguimiento farmacoterapéutico se podría disminuir el riesgo de que los pacientes padezcan cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

14. Tomando en cuenta las áreas de mejora ¿cuáles acciones considera que se deberían implementar para mejorar el seguimiento farmacoterapéutico de parte de los regentes?
¿Qué tan relevante es que el farmacéutico tenga conocimiento sobre el manejo y abordaje de la cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Transcripción de la entrevista número 1

Parte I. Datos generales

- Nombre del profesional

Ana Catalina Fajardo

- Años de experiencia en atención a pacientes

Ya tengo 2 años, en la sede de San José estuve un año de *backup*.

- Lugar de trabajo y sede

Ahorita soy regente en el hospital de San José

Parte II. Información relacionada con el abordaje farmacoterapéutico

1.Considerando que los antimigrañosos son categorizados como uno de los fármacos que con más frecuencia ocasionan migraña de rebote ¿cuáles son los antimigrañosos más utilizados por los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico?

Sí, así como tal digamos, clasificados antimigrañosos hay muchas terapias complementarias que ya vos debes de estar estudiando ahorita, que estás haciendo tu trabajo final, pero, sobre todo, en marca sería Avamigran y este y Migradorixina; son como los dos que más se venden y ahí sí pues complementar con AINE, algunos casos se complementan con procinéticos o algún antiinflamatorio, pero antimigrañosos como tal, esos dos hay otras categorías que tenemos en el mercado. Sin embargo, ahí el tema del precio juega un papel importante y es por eso que muchos pacientes no acuden a esos otros medicamentos que sabemos que ya son más específicos y que probablemente vamos a tener un mejor efecto. Entonces, como esos dos son los que más se venden, los que más los pacientes los buscan también.

2. Considerando que los analgésicos son categorizados como uno de los fármacos que con más frecuencia ocasionan migraña de rebote ¿podría mencionar cuáles son los analgésicos más utilizados por los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico?

Ahora, los de la presentación bebible, verdad, son los que más se utilizan por un tema de rapidez de inicio de acción; igual, ahí cuando vemos terapia dual de dolor. Entonces tenemos la oportunidad incluso de mezclar Mefenámico o tomando alguna otra cosita y que le podemos recomendar nosotros. Por política en el hospital no se puede vender absolutamente nada que tenga tramadol sin que tenga receta; sin embargo, es una realidad que el mercado obviamente recomienda por ejemplo Enantyum plus o Tramacet, que si bien esos pacientes... pues, podría funcionar en el caso puntual de tu investigación que se centra al Hospital Metropolitano, no sería nuestra recomendación desde farmacia; sin embargo, si es un paciente que acude a Urgencias, pues ahí sí tiene aún más una gama más amplia de medicamentos que podría utilizar, porque ya estaríamos jugando con la indicación del médico, pero sobre todo, sería los yo creo. Dexketoprofeno es como el que más se utiliza, por ahí también que Ketorolaco, tal vez, pero yo creo que siempre vamos a los bebibles por un tema de rapidez. Claro, últimamente digamos esta terapia de los bebibles ha sido algo que ha llegado a su top a nivel nacional, verdad; vamos a la segura. La verdad es que cuesta mucho que un paciente sea resistente. Pero bueno, ya como anecdótico solo una vez en mi vida me he dado migraña y usé Dalivium y me funcionó; entonces o sea, sí estamos hablando pues un dolor, verdad, que es complejo.

3. Según su experiencia como regente farmacéutico ¿cómo definiría una cefalea? ¿Con qué frecuencia recibe consultas sobre cefalea?

Sí, yo creo que bueno, yo soy muy alérgica, entonces tengo conocimiento como la cefalea por sinusitis, sobre todo, entonces, que es una digamos que es esa sensación como de pesadez en la cabeza, como que tal vez en ciertas posiciones usted no tiene dolor, pero donde se agacha puede tener un poquito más de dolor... ¡Eh!, igual se siente alivio, por ejemplo, eso a la hora que uno estornuda y ya, pues saca un poquito las secreciones, se puede sentir

alivio; sin embargo, la migraña es como un dolor muy específico en un punto digamos y es un dolor que a veces no tiene alivio ni con masajes y que bueno, en mi caso, ese día por dicha estaba trabajando y no sufrí como de esto, de que se vuelven intolerantes a la luz o al sonido. Sin embargo, era como decirte como cuando no sé si alguna vez te ha dolido, pero como cuando duele un nervio de un diente, o sea, es un dolor muy muy específico, en sí, incomodísimo, o sea, en mi caso no fue en capacitante digamos, pero tampoco era como que, o sea, me costaba un poquito hablar. Por ejemplo, sentía hormigueo en las mejillas y solo como en la mitad de la cara, o sea, solo en la parte izquierda del cuerpo, en la parte derecha no sentía nada; entonces era muy raro y más bueno... Entonces sí, sí, es un dolor complicado y que sí podría llegar a ser incapacitante.

Por ejemplo, en el ámbito hospitalario... porque sí créame que llegan al menos unas cinco consultas al día de migraña... ¡Eh!, por decir cinco, digamos que las 24 horas que el hospital está abierta la farmacia... verdad, a Urgencias de la farmacia puntualmente y de esas cinco, cuatro son compañeros del hospital o, por ejemplo, hay muchas empresas alrededor, entonces que llega gente del Ministerio de Salud y de empresas privadas que están por ahí.

4. Si se presentara una consulta farmacéutica sobre cefalea ¿cuál es el tipo de cefalea que logra reconocer con mayor frecuencia?

Yo creo que las tensionales, ¡eh!, cefaleas también por esta parte de la sinusitis que es bastante común y migrañas, migraña sin aura y con aura, son como las más frecuentes. Es que yo creo que ahí, uno que es más quisquilloso, verdad, y conoce más el tema... la gente cree que todo es migraña y yo creo que por ahí no es; así entonces, yo, digamos que el paciente exprese los síntomas y así poder clasificarla.

5. Según su experiencia como regente farmacéutico ¿cómo debería ser el abordaje y tratamiento para un paciente que presenta cefalea común?

Sí, yo creo que si, bueno, le preguntaría los síntomas, eso de que si el paciente... si ya es conocido migrañoso, pues ya vamos más a la segura de que sea una migraña y también ahí, pues este... a veces se le pregunta al paciente si ya este acostumbra a tomar alguno de

los medicamentos que tenemos disponibles. Porque pues ya también es ir a la segura, si no, pues sí, digamos casi siempre volvemos al mismo tema del costo verdad.

Entonces los que tenemos más que todo puede ser pues algún AINE, como para si el paciente primerizo de tener mucho dolor, si fuera solo una cefalea casi siempre nos vamos por algo solito, ya después podemos escalar.

6. En su recorrido laboral ¿ha realizado seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes que han consultado sobre una crisis migrañosa?

Vieras, cuesta mucho, porque es una farmacia de urgencias no es una farmacia comunal. Entonces nosotros ¡eh! sí tenemos como nuestros pacientes conocidos migrañosos, tal vez o así... ¡Eh! y sí, se les hace como la recomendación tal vez de pasar al *Relert* pero volvemos al mismo tema económico. Tal vez te podría decir que dentro de nosotros mismos del equipo de farmacia ya tenemos también compañeros con migraña, entonces ahí vamos dando sugerencias, verdad, de esos pacientes, de agregar procinéticos que es una opción de agregar antiinflamatorios; porque sí ya hay personas que son muy muy resistentes en cuando ya se les desata el cuadro, digamos, pero el paciente externo es un poquito más complicado la verdad...

7. ¿Conoce lo que es una cefalea por consumo de medicamentos? ¿Cómo la definiría?

Bueno, yo creo que ahí pues, al igual que casi que en todos los medicamentos, verdad, siempre tenemos la opción, bueno, la opción, no la posibilidad de que nos dé un efecto paradójico, verdad, entonces de ahí... Si ya hay pacientes, puede ser que, este, primero que hagan resistencia, ya que un paciente que tiene toda la vida de tomar un AINE o ya toda la vida de tomar cierto medicamento, luego también puede ser que haya factores agraviantes; entonces volvemos a lo mismo. La parte del estrés todo el tiempo que pasamos en la computadora y en las pantallas; eso también puede afectar ¡eh!, pero creo que también por ahí, este, si nos vamos como específicamente a los medicamentos que se usan ya puede ser que sí, que ya no haya una vasodilatación como la que esperamos; bueno, más bien una

vasoconstricción, perdón, como la que esperamos en un inicio de esos medicamentos y que ya el paciente no responda igual que al principio.

8. ¿Cuáles considera que son los criterios que diferencian a una cefalea común de una cefalea de por consumo excesivo de medicamentos?

Sí, pues ahí habría que indagar en la paciente, verdad, si hay algo. Yo creo que el problema que tenemos en farmacia es el tiempo, sobre todo; yo que veo que en el hospi o sea, a veces uno está... llegan consultas y uno está corriendo, tiene dolor de cabeza y no sea nada; vamos con un AINE y se acabó y tal vez indagamos si tiene... si tiene mucho tiempo de estar consumiendo algo... si tal vez amerita un cambio y con un cambio ya se ve una mejoría, pero hay criterios como la menstruación en las mujeres.

Por ejemplo, ese es un factor importante que habría que preguntarles a las mujeres, ya que las hormonas ahí, este, juegan un papel muy importante en los dolores de cabeza. Entonces ¡eh!, yo creo que si uno indaga un poquito tal vez podría encontrar cuando hay diferencias. Pero la realidad es que a veces nos quedamos cortos de tiempo... pero creo que por ahí debe haber, este, algunos criterios más importantes que desconozco, no sé.

9. Si se presentara un caso de cefalea por consumo excesivo de medicamentos al establecimiento farmacéutico en el que usted labora ¿cuál sería el abordaje y tratamiento que usted utilizaría habitualmente?

¡Eh!, yo creo que ahí sí sería mejor ir a ver al neuro; yo creo que ya, sí ya como te digo... para nosotros los opioides son limitados, entonces yo creo que ahí sí; ya ahí la labor de nosotros hay que ver hasta dónde uno puede llegar... digamos o sea, puede ser como te digo, todavía está el relert y el tolestan que son medicamentos que la mayoría de pacientes nunca han usado. Los pacientes conocidos migrañosos que tal vez podemos como, este, recomendar esos medicamentos... pero yo creo que, si ya digamos, el siguiente mes el paciente sigue igual y no ve mejorías, ahí sí yo creo que es mejor... sería ir al neuro; igual siempre se hacen recomendaciones de estilo de vida verdad, porque yo sí creo bueno... lo

que estábamos hablando de la dieta, que juega un papel muy importante la cantidad de café que se toma en un hospital, por ejemplo, en los trabajos en general...

Entonces todo eso puede afectar, pero si ya este... di, si el paciente me dice que se porta bien y que él ya ha identificado, verdad, ciertas cosas, yo creo que sí ya es mejor acudir al neuro, pero de farmacia quedaría esa, ese, ese escalón de probar triptan y yo creo que el escalón también de mejorar la parte del estilo de vida y si no, sí ya le tiramos la bola al... un neuro o al internista...

10. ¿Cree usted que la cefalea por el uso excesivo de medicamentos es un problema predominante en la actualidad en el cual el farmacéutico debería ser responsable de educar al paciente y advertirle de las consecuencias sobre el mal uso de analgésicos y fármacos antimigrañosos?

Sí, yo creo que sí, yo creo que sí... en general, en general; ahora todo el mundo googlea, verdad, todo el mundo se recomienda, se autoprescribe... Entonces, siempre uno si puede, si está en sus manos, intenta recordarles a los pacientes que no son inofensivos en general; sí, más que tenemos esta educación de a veces ¡eh!, es como poner un poquito más de la parte, porque como el tiempo es tan limitado cuesta mucho, mucho...

11. ¿Considera usted que cuenta con las herramientas necesarias (guías, cursos, artículos) para realizar un seguimiento farmacoterapéutico eficaz que le permita tratar a un paciente con cefalea por el uso excesivo de medicamentos?

No, no conozco ninguno y anteriormente había escuchado el tema, pero te mentiría si te digo así, como que he llevado una charla al respecto o una capacitación. Me parece que sí he visto este, ¡eh!, sobre migraña y sobre el efecto rebote, digamos, de los medicamentos, pero ahorita sí... como decirte artículo te mentiría... No conozco ninguno en lo absoluto sobre el manejo.

12. ¿Cuáles considera usted que son las áreas de mejora de un regente al realizar seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con migraña crónica causada por el consumo de analgésico y fármacos antimigrañosos en exceso?

Yo creo que a veces un poquito de prestar atención, porque uno atiende mucha gente pero yo creo que también uno bien que mal memoriza a sus pacientes, verdad, entonces ya vemos que un paciente que llega muy recurrentemente, porque siempre está hablando del dolor de cabeza etcétera... Yo creo que ahí nos podemos como tomar un poquito más de tiempo en entrevistar a ese paciente, si bien ya sea para nosotros hacer una recomendación o como te decía anteriormente, para referirlo al neuro... Pero también para que ese paciente pues encuentre realmente cuál es la causa de su dolor de cabeza, verdad, que si bien podría ser migraña o podrían ser muchas otras cosas. Entonces, yo creo que ahí esa parte de tomarnos más el tiempo y de saber el historial del paciente nos va a ayudar tanto a recomendaciones farmacoterapéuticas como a recomendaciones no farmacológicas.

13. ¿Cree que si se implementaran estas mejoras en el seguimiento farmacoterapéuticos se podría disminuir el riesgo de que los pacientes padezcan cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Creo que sí habría mejoría, pero hay que poner más de nuestra parte; sí se podría reducir el riesgo, no como deseamos, pero por lo menos se sabría que se hizo el intento.

14. Tomando en cuenta las áreas de mejora ¿cuáles acciones considera que se deberían de implementar para mejorar el seguimiento farmacoterapéutico de parte de los regentes? ¿Qué tan relevante es que el farmacéutico tenga conocimiento sobre el manejo y abordaje de la cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Yo creo que, llevando seguimiento a esos pacientes de forma escrita, eso ayuda como para la próxima vez tener más claridad sobre qué fue lo último que el paciente consultó. Porque, aunque uno tenga memoria prodigiosa, a veces tiene demasiadas cosas en ese momento y de hecho, el Colegio farmacéutico siempre recomienda y tiene esa parte de que cuando sea atención farmacéutica en general, de cualquier tipo, tengamos algún tipo de

respaldo escrito. Entonces, por ahí tal vez alguna tarjetita o una bitácora podría funcionar para describir esos pacientes que ya tenemos muy identificados, que consulten, para la próxima vez ver que, este, si se está consultando por lo mismo, si el paciente mejoró; igual, si tenemos menos días de que lo vemos y el paciente está dejando de llegar, que sería pues un gran avance o, este, pues sí, de anotar detalles de cada consulta y qué tan relevante... Perdón no, o bien, también uno podría hacer algún material educativo; eso siempre funciona, dar, este, como alguna fichita y recordar no sé... qué comer tales y tales cosas nos pueden afectar o etcétera... Entonces, yo creo que eso también, la parte de la, de la educación, siempre de la prevención, siempre... Hay que apostar, yo creo que en manejo de cefalea; estamos bien, o sea, es un tema que pues, decía... Al final de cuentas el dolor es una de las consultas más frecuentes en la farmacia; entonces ¡eh!, pues siempre la mayoría pues hay que estar super, este... actualizados en el tema. Pero lo que podemos fallar es en identificar que ese paciente fuera y que está teniendo migrañas muy seguido o cefalea; bien, este, es más bien causado por algo mismo que nosotros le estamos dando, entonces ahí es donde está tu oportunidad, digamos, de dar esa información a los colegas, de que pues, sí, que más bien a veces podemos estar haciéndoles un daño en vez de un bien verdad...

Transcripción de la entrevista número 2

Entrevista 2

Parte I. Datos generales

- Nombre del profesional
Nidia Carmona Castro
- Años de experiencia en atención a pacientes
Tengo ya 8 años de experiencia en regencia
- Lugar de trabajo y sede
Actualmente en la sede de San José

Parte II. Información relacionada con el abordaje farmacoterapéutico

- 1. Considerando que los antimigrañosos son categorizados como los fármacos que con más frecuencia ocasionan migraña de rebote ¿cuáles son los antimigrañosos más utilizados por los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico?**

Ok. Te puedo decir marcas comerciales. ¿Hay algún problema?... Migretil, Avamigran y Migradorixina; es como lo más solicitado.

- 2. Considerando que los analgésicos son categorizados como los fármacos que con más frecuencia ocasionan migraña de rebote ¿cuáles son los analgésicos más utilizados por los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico?**

Sí, ahí tenemos el Enantyum o Dalivium que anda muy... Por ahí Celebra, Arcoxia. Vamos a ver... cuál otro... Sí, celebra, Arcoxia; sí esos son como los que tengo así más presentes de solicitudes. Ok y las presentaciones han estado como variando mucho; casi siempre esos son como en presentación bebible.

3. Según su experiencia como regente farmacéutico ¿cómo definiría una cefalea? ¿Con qué frecuencia recibe consultas sobre cefalea?

Ok. Bueno, es un término amplio, digamos, para un diagnóstico y demás, pero es esa molestia así o el dolor de cabeza que usualmente uno lo puede manifestar; puede deberse a diferentes factores, verdad, una cefalea se puede subclasificar si es tipo migrañosa, tipo tensional. Además, que eso en ocasiones, creo que tal vez... es como el punto en contra para un paciente que va a un lugar simplemente, compra porque le ha funcionado un medicamento, pero no le va a resolver de la misma forma siempre; porque el tipo de cefalea no es siempre igual o el motivo o el detonante no es el mismo; al día se pueden recibir una o dos consultas de cefalea como máximo.

4. Si se presentara una consulta farmacéutica sobre cefalea ¿cuál es el tipo de cefalea que logra reconocer con mayor frecuencia?

Hay dos, diría yo, el tipo tensional digamos, porque sí, muchas son ¡eh!, pacientes que están tal vez en el servicio en la sala de espera, verdad, que están estresados por alguna situación, alguna mala noticia, verdad, entonces ¡eh!, llegan. Uno obviamente con la entrevista que se les hace las diferentes consultas, pues se va viendo que es más algo tensional, verdad, o ya, pacientes que me dicen: “no es que yo tengo ¡eh! 6 años de padecer de migraña. Ok, ya sé cuándo me va a empezar, sé los síntomas, tengo algo parecido, entonces, ¿qué me puedo tomar?”. Entonces siento que son como de las dos ¡eh! principales que se consulta, digamos, por una recomendación.

5. Según su experiencia como regente farmacéutico ¿cómo debería ser el abordaje y tratamiento para un paciente que presenta cefalea común?

Ok. Si es importante, digamos, saber qué ha tomado el paciente hasta el momento, porque a veces ya llegan a la farmacia es porque ha tomado otras cosas y no le resuelve, verdad; que eso también es importante. ¡Eh! si es inicio de una crisis verdad... y obviamente sabemos que es algo ya... o el paciente lo manifiesta... Que es ¡eh!, de inicio de migraña, pues es más viable un antimigrañoso. Un desinflamatorio no nos ayudaría tanto en esa parte, entonces ahí iríamos, con la parte de un antimigrañoso, verdad, que podemos recomendar como lo que mencionaba ahora, Migradorixina o Migretil alguno de estos. ¡Eh!, y también bueno, al menos yo, personalmente sí trato de indagar un poco más qué tan frecuente es esas

crisis que tienen... Si, si ha sido valorado o está en control con algún médico más... Que me dicen eso “es que yo padezco años, verdad, de estar con migraña”. Entonces ¡eh!, para saber también qué tan frecuentes son esas crisis y si ya ha valorado con el médico algún tratamiento profiláctico, verdad, que también existe y que no todos los pacientes lo manejan verdad. Entonces, sí es importante como bueno mi persona indagar un poquito más respecto a ese paciente ya en específico migraña para eh di que no sea tan recurrente la toma de tratamientos para sus crisis verdad. Si es importante la toma de presión arterial que a veces eh no es solamente

Una cefalea, sino que pueda haber algo asociado entonces, ¡eh! siempre como indagar un poquito más en el paciente si ha padecido presión alta y demás, verdad. Si descartamos esas cositas dice, puede asentar algún desinflamatorio. Si es una cefalea tensional que le pueda ayudar un acetaminofén tal vez Mencetamol de 1 gramo que también sabemos que podría como ayudarle un poquito por ahí; más que todo es esa parte como de ese seguimiento que tenemos que hacer como regentes, verdad, para poder dar el mejor abordaje.

6. En su recorrido laboral ¿ha realizado seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes que se han consultado sobre una crisis migrañosa?

No, sinceramente no es algo como que se dé día a día; sí hay pacientes que uno los ve recurrentes porque viven cerca, entonces uno trata como que de indagar un poquito más de aconsejar... Pero como sentarse a llevar un control completo de un paciente desde nuestra perspectiva no, más que todo tal vez por tiempo; diría yo que es como lo que nos limita un poco.

7. ¿Conoce lo que es una cefalea por consumo de medicamentos, como la definiría?

Bueno, es que lo vería más como un tal vez no sé si la palabra correcta, pero ¡eh!, una cefalea de rebote, digamos por el consumo constante, pues nos va a generar, digamos, por el consumo excesivo de antiinflamatorios. Sí, sí, claro que sí; de hecho, creo que está asociado como un tipo de pacientes que ya son adictos a ciertos analgésicos o antimigrañosos que se han vuelto dependientes a ellos y eso que les ocasionan esta cefalea de rebote, por consumirlos cierta cantidad de días.

8. ¿Cuáles considera que son los criterios que diferencian a una cefalea común de una cefalea de por consumo excesivo de medicamentos?

Mmm... Creo que las diferencias pues ahí habría bueno, considerar que deberíamos ver con qué frecuencia se presenta en la paciente, verdad y también tendremos que indagar un poco el consumo de tratamientos o de medicamentos por parte del paciente; que eso es importante, entonces, siento que podríamos ir por ahí obviamente indagando en el paciente la recurrencia de los síntomas y el consumo de medicamento.

9. Si se presentara un caso de cefalea por consumo excesivo de medicamentos al establecimiento farmacéutico en el que usted labora ¿cuál sería el abordaje y tratamiento que usted utilizaría habitualmente?

Ok., ahí sí como te decía, ya es un paciente con migraña que ya sabemos que es algo ¡eh! un poco difícil de que el paciente lo controle o sea algo tensional, pues es diferente y demás, lo que te mencionaba ahora, el saber que existen medicamentos profilácticos, verdad, que tal vez eso es algo que no se maneja mucho a nivel de la farmacia, porque usualmente es el médico que manda el tratamiento y demás, pero ¡eh!, siento que y sería una oportunidad o una opción de mejora que nosotros también podamos intervenir un poco en esa parte Ok. Si el paciente de nunca ha ido al médico, si uno con los síntomas que le manifiesta al paciente sabemos que es migraña Ok, pero y nunca ha sido valorado por un médico, siento que podemos ir introduciendo un poco o el hábito de ¡eh!, conocer de estos medicamentos profilácticos, verdad, que el Propanolol, que este, que lo otro; entonces siento que es un punto que nosotros podríamos ir introduciendo ¡eh! para reducir esos tratamientos en casos de crisis, porque si se maneja un tratamiento de base entonces también podemos evitar las crisis en los pacientes

10. ¿Cree usted que la cefalea por el uso excesivo de medicamentos es un problema predominante en la actualidad en el cual el farmacéutico debería ser responsable de educar al paciente y advertirle de las consecuencias sobre el mal uso de analgésicos y fármacos antimigrañosos?

Sí y no, porque hay pacientes que no solamente de la farmacia... ellos ya tienen sus tratamientos en la casa, verdad, o han comprado y tienen su botiquín, entonces se están automedicando. Pero de una u otra forma, pues también nos vemos como responsables por la educación que se le tiene que dar ¡eh! para un paciente con cualquier medicamento verdad ¡eh! igual sí, tenemos esa oportunidad que nosotros vemos por una consulta de cefalea. Creo que sí deberíamos como cambiar la perspectiva ¡eh! de decir “mira es que no puedes tomar esto todos los días por un mes consecutivo”, verdad. Entonces creo que sí es un punto importante; no es el 100% responsabilidad nuestra porque los pacientes consumen sus tratamientos en otros lados que no son la farmacia en ocasiones, pero sí es un punto que debemos mejorar en cuanto a la educación que se le debe brindar a la población.

11. ¿Considera usted que cuenta con las herramientas necesarias (guías, cursos, artículos) para realizar un seguimiento farmacoterapéutico eficaz que le permita tratar a un paciente con cefalea por el uso excesivo de medicamentos?

No, no, sinceramente, digamos, algo propio del hospital no es como guías o información al paciente; no se tiene y ¡eh! que yo haya, así como visto alguna guía digamos en el país o que por ejemplo el COLFAR nos haya compartido, pues tampoco; porque realmente no lo tengo presente. Es de estos conceptos o lo que hemos discutido un poco es de es lo que uno ha visto, digamos, en la parte de la Universidad o que, con las casas farmacéuticas en la parte de visita médica, tal vez refuerza, pero no como una guía ya establecida de manejo y de seguimiento; no las conozco y sinceramente no se existen algunas guías.

12. ¿Cuáles considera usted que son las áreas de mejora de un regente al realizar seguimiento fármaco terapéutico de pacientes con migraña crónica causada por el consumo de analgésico y fármacos antimigrañosos en exceso?

Pues lo que veníamos discutiendo, la educación al paciente, o sea, de la parte que siempre como generar la confianza de consulta hacia nosotros, que es sumamente importante, verdad, ante cualquier duda respecto a medicamentos o alguna patología y nosotros también somos en muchas ocasiones el primer contacto que tiene un paciente, verdad, antes del médico muy probable la farmacia... Entonces la apertura o la educación de la apertura del paciente hacia nosotros para también poder y conocer más de ese paciente y poder indagar un poco más de su patología y demás y ¡eh!, la educación o sea... Tal vez cuando te digo ahora que estábamos hablando, pues que no se tiene, pues importante también sería el material de apoyo hacia nosotros para educar al paciente verdad, porque tal vez si nosotros no le pudimos decir muchas cosas, pero ¡eh! tenemos algún material que complementa eso que tal vez empezamos a explicar, pero no completamos, verdad, entonces sería bueno como material de apoyo que tengamos para educar al paciente o reforzar algún hábito en el paciente y ¡eh!, también como tener o estratificar la forma en que vamos a intervenir con un paciente que y tal vez aunque no sea media hora que vamos a tener ahí o vamos a estar con un paciente, pues saber que podemos preguntar en el paciente que sean fundamental... digamos, para poder recomendar un no un medicamento, verdad, que eso es importante también.

13. ¿Cree que si se implementaran estas mejoras en el seguimiento farmacoterapéutico se podría disminuir el riesgo de que los pacientes padezcan cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

No se va a reducir al 100% como le digo, porque no es siempre en la farmacia... pero creo que sí se puede ayudar bastante a concientizar al paciente del consumo de ese tipo de fármacos; como te digo, ya podemos ¡eh! o si como dar recomendaciones o aportes que puedas hacer la parte de concientizar el uso de medicamentos antimigrañosos, que eso es importante que tal vez el paciente, di, no tiene por qué saber, verdad, el daño que le va a generar el medicamento, verdad, porque nosotros... ahí esa sí es parte de la responsabilidad de nosotros como farmacéuticos o personal de la salud. La información de este tipo de cosas del paciente... simplemente se sintió mal, compró algo y se lo tomó, verdad, porque él quiere aliviarse, pero tal vez no tiene la conciencia o no tiene ¡eh! la perspectiva de qué puede pasar con ese consumo crónico de tratamiento de un medicamento como tal. Entonces, creo que la concientización ¡eh! de ese, de esos efectos secundarios que pueda manifestar... y es fundamental o puede ayudar bastante a estas cefaleas de rebote, verdad, por qué el paciente obviamente va a pensar o puede analizar un poquito más ¡eh! el hecho de automedicarse, inclusive, sabiendo que más bien eso puede perjudicarlo en un futuro

14. Tomando en cuenta las áreas de mejora ¿cuáles acciones considera que se deberían implementar para mejorar el seguimiento farmacoterapéutico de parte de los regentes? ¿Qué tan relevante es que el farmacéutico tenga conocimiento sobre el manejo y abordaje de la cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Es fundamental, también hay que generar la necesidad, verdad, porque a nivel nuestro ¡eh! ... de... tenemos diferentes funciones que cumplir y demás. Pero ¡eh! de un punto importante también generar la necesidad entre jefaturas de poder tener un poco más de disponibilidad de tiempo; inclusive ¡eh! con el objetivo de poder apoyar o educar de mejor forma un paciente, verdad. Entonces también es parte de la educación o el seguimiento farmacoterapéutico, que siempre es ahí como el problema verdad, el tiempo... pero se y se puede ir concientizando a nivel de facturas la necesidad de más tiempo o de la liberación de funciones, verdad, para poder atender de mejor forma un paciente que esté en mostrador. Eso por ahí. Segundo, pues sí sería bueno como tener una estratificación un esquema, digamos, ¡eh! para optimizar esa información que ocupamos recopilar del paciente, verdad. O sea Ok., qué debo conocer del paciente. Sí o sí, verdad. Entonces, tal vez tenerlo más fresquito no sé un diagrama flujo o algo así, digamos, que podamos tenerlo para decir Ok, mira este paciente me llega en esta condición, ya toma esto, qué le puedo recomendar, qué no le puedo recomendar, cómo lo educó, verdad. ¡Eh! Sí sería bueno verdad como tener eso. Y como te digo, tal vez no en ese momento llevaría iría escribiendo todo, pero si fuera el caso, digamos si ya nosotros empezamos a darle un seguimiento, saber que ese paciente va a ser recurrente

pues llevar un tipo de expediente o un registro también, de qué se hizo con ese paciente desde la primera vez, conforme también de las consultas siguientes que vaya a tener, que... bueno... actualmente el Ministerio, no perdón, el Colegio Farmacéuticos no nos obliga a tener un registro escrito de las intervenciones que hagamos con los pacientes, pero siempre nos recomienda esa parte escrita, digamos, de tener una bitácora o de un documento digital del registro de todas las intervenciones de atención farmacéutica que nosotros hacemos en mostrador. Entonces creo que... y podríamos empezar con un tema como estos ¡eh! Ok., qué debería registrar del paciente, de tenerla por escrito, ya sea de mano o de forma digital, verdad. Que dice... podría ser como algún tipo de documento para llevar ese control digamos en la farmacia ¡eh! Y no solo mía verdad, porque en la farmacia puede haber diferentes farmacéuticos, entonces también se puede compartir un documento digital donde se hagan o se registren todas esas intervenciones. Es bueno, vos que has conocido como la manera en que trabajamos y demás ¡eh! la intervención es mucho del farmacéutico con el paciente en una recomendación ¡eh! a nivel nacional. Si ya lo vemos a lo amplio, pues siento que no es lo mismo, verdad, porque muchas veces el paciente nada más llega compra y se lo venden en mostrador en la caja y vámonos. Entonces siento que la concientización también a nosotros como profesionales de la salud por parte de nuestro colegio profesional es fundamental, digamos, que se tenga esa ¡eh! educación, verdad, o que se ¡eh! de la capacitación o un curso libre ¡eh! respecto al tema. Porque sí a los que estamos interesados o quisiéramos conocer un poco más ¡eh! y sería fundamental pues tener esa guía por parte de nuestro colegio profesional, para poder ¡eh! ampliar el conocimiento o reforzarlo. Entonces eso es como la parte más importante y ver cómo esas mejoras que podemos hacer respecto a la patología... porque en realidad es algo muy común, pero que no es tan común de que nos lo estén enseñando.

Transcripción de la entrevista número 3

Parte I. Datos generales

- Nombre del profesional

Alejandro Arias.

- Años de experiencia en atención a pacientes

Ya tengo 3 años de experiencia

- Lugar de trabajo y sede

Ahorita soy regente en la sede de Lindora

- 1. Considerando que los antimigrañosos son categorizados como uno de los fármacos que con más frecuencia ocasionan migraña de rebote podría mencionar ¿cuáles son los antimigrañosos más utilizados por los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico?**

Depende, digamos para pacientes que vienen de parte de Urgencias y que ya se confirma que es una migraña y sobre todo crónica, se utilizan triptanos, pero para los pacientes que consultan o que ya vienen buscando un medicamento en específico generalmente es la ergotamina o algún analgésico antiinflamatorio no esteroideo común. El que tanto uno recomiende como el que ellos estén acostumbrados a utilizar, verdad, o el que les funciona mejor a ellos, según su experiencia, tal vez dos marcas comerciales que se pueden mencionar son Migradorixina y Avamiggrán es como lo más común.

- 2. Considerando que los analgésicos son categorizados como uno de los fármacos que con más frecuencia ocasionan migraña de rebote podría mencionar ¿cuáles son los analgésicos más utilizados por los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico?**

Generalmente bueno, se utiliza mucho el en Enantyum, sobre todo en el bebible por su velocidad de acción; también bueno, yo utilizo mucho Naproxeno, porque tiene muy buena concentración en cabeza y cuello y también dependiendo del estadio o de tiempo de evolución uso un corticosteroide, generalmente lo que más sale es Deflazacort de 30 mg Ok. Además, se le puede agregar como Paracetamol, digamos un Mencetamol de 1 gr talvez de 750 para reforzar un poco lo que es ese sinergismo entre ellos.

3. Según su experiencia como regente farmacéutico ¿cómo definiría una cefalea? ¿Con qué frecuencia recibe consultas sobre cefalea?

Entonces ¡eh! yo recuerdo que al menos tiene que padecer de 15 días mensuales, por al menos 3 meses, para tener un diagnóstico ya presuntivo de migraña, verdad, y la mayoría de ellas es por causa tensional. Generalmente, es como el ¡eh! si no me equivoco, es el mayor porcentaje de migrañas que se producen ¡eh! a nivel general. ¡Eh! bueno por ahí va la cosa más que todo ahora cómo, cómo lo diagnosticamos nosotros... Pues nosotros no somos los encargados de diagnosticar, verdad, sin embargo, orientamos al paciente, pero muchos de los pacientes que lo sufren ya hasta saben sus características, ya sea visuales, verdad, cuando ven luces o ese tipo de cosas náuseas y vómitos, generalmente.

Fácilmente unas 10 personas al día, en general, verdad, no hablo específicamente solo de migraña sino de varios tipos de cefaleas.

4. Si se presentara una consulta farmacéutica sobre cefalea ¿cuál es el tipo de cefalea que logra reconocer con mayor frecuencia?

Generalmente tensional, si uno se pone a indagar un poco y pregunta la causa a veces porque ha sufrido algún trauma, porque no sé, porque ha perdido un familiar, porque está bajo mucho estrés. Generalmente una causa de fondo de ese tipo... algunas que he visto hasta se relacionan con el sistema gastrointestinal... como que problemas estomacales. También se refleja un dolor de cabeza y conlleva claro que la tensional, en realidad, es una de las primeras para no decir que la primera; yo creo que es la primera, según algunos estudios que he visto en algún momento, pero no estoy seguro si sigue igual.

5. Según su experiencia como regente farmacéutico ¿cómo debería ser el abordaje y tratamiento para un paciente que presenta cefalea común?

Bueno, primero indago a ver por dónde viene la causa, si es que es tensional o algo un poco más común y si no es alérgico a ningún medicamento; entonces me gusta mucho lo

que es Naproxeno por concentraciones de cabeza y cuello lo combino con Mencetamol . Generalmente en ocasiones también utilizo Enantyun por rapidez más que todo si el paciente presenta demasiado dolor.

6. En su recorrido laboral ¿ha realizado seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes que se han consultado sobre una crisis migrañosa?

No, no cuesta mucho que llegue una consulta tan específica y también el tiempo es muy limitado.

7. ¿Conoce lo que es una cefalea por consumo de medicamentos? ¿Cómo la definiría?

Sí, sí lo conocía y cómo lo definiría... Mmm... Son pacientes que por el mismo abuso de medicamentos conlleva este tipo de cefaleas, el mismo abuso los medicamentos a los analgésicos es como un efecto rebote, como efecto adverso... genera ese dolor de cabeza. Solo una vez lo detecté, pero cuesta mucho porque el paciente no cree que la cefalea sea el mismo medicamento que está tomando para quitarse el dolor.

8. ¿Cuáles considera que son los criterios que diferencian a una cefalea común de una cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Simplemente como la historia médica al paciente que le dice... no es que yo paso tomando todos los días lo tomo y no, no tengo alivio ¡eh!, usan una serie de medicamentos todos seguidos, son básicamente... tienen una farmacia en la casa y aún no logran digamos revertir ese ese dolor de la migraña, verdad, es lo que presume uno como farmacéutico

9. En el caso que se presentara un caso de cefalea por consumo excesivo de medicamentos al establecimiento farmacéutico en el que usted labora ¿cuál sería el abordaje y tratamiento que usted utilizaría habitualmente?

Como le digo, solo he visto uno y le expliqué un poco eso que tal vez está generando un abuso en los medicamentos, que tuviera cuidado en esa parte, que tratara de disminuir ¡eh! con que cuesta mucho porque le está doliendo y el paciente no quiere dejar de tomar los medicamentos, ese consumo, verdad, ¡eh! y yo sé que cuesta mucho que uno como farmacéutico vaya a dar un tratamiento. O sea, me refiero a que uno no da un tratamiento crónico profiláctico para tipo de migrañas, como hablamos ahora. El Propanol también se utiliza en profilaxis pero ya estamos hablando de otro tipo de medicamentos; cuesta mucho

uno no lo va a hacer como farmacéutico, verdad, porque eso ya es parte clínica parte del médico, parte diagnóstico; pero sí tratar de persuadir a ese paciente que uno sospecha que está en uso medicamentos de irle, de explicarle y tratar de decirle que lo que tiene que hacer es bajar un poco ese tipo de medicamentos. Ahora, no podría tal vez disminuir el medicamento; en algunos casos se puede sugerir hasta un ansiolítico, para para atacar también esa otra parte de tranquilizarlo un poquito. Por ahí si va atencional entonces también le ayuda, pero es básicamente eso.

10. ¿Cree usted que la cefalea por el uso excesivo de medicamentos es un problema predominante en la actualidad en el cual el farmacéutico debería ser responsable de educar al paciente y advertirle de las consecuencias sobre el mal uso de analgésicos y fármacos antimigrañosos?

Si considero que es un problema en la actualidad. La mayoría es problema del regente ya que no educa al paciente y aparte, que existe mucha automedicación y eso no podemos controlarlo.

11. ¿Considera usted que cuenta con las herramientas necesarias (guías, cursos, artículos) para realizar un seguimiento farmacoterapéutico eficaz que le permita tratar a un paciente con cefalea por el uso excesivo de medicamentos?

No, no, no; no tengo una herramienta, para... O sea, que se me brinde a mí para poder darle un seguimiento a ese tipo de pacientes, ni conoces ninguna guía ni nada...

12. ¿Cuáles considera usted que son las áreas de mejora de un regente al realizar seguimiento fármaco terapéutico de pacientes con migraña crónica causada por él consumo de analgésico y fármacos antimigrañosos en exceso?

Dar seguimiento al paciente. El paciente también tendría que comprometerse a brindarnos información y estar anuente a que nosotros nos comuniquemos con él o bueno, que él vaya a la farmacia para poder darle un seguimiento como tal verdad, pero pienso que también sería muy importante que ese mismo seguimiento vaya de la mano de un médico verdad, para para estar un poco más seguros, pero sí sería utilizar una herramienta como un documento, ya sea en físico o digital, que permita recaudar datos del paciente y hacer una

historia clínica; tal vez que el paciente hasta si pudiera traer todos los medicamentos que consume, porque a veces y no se saben bien los nombres o no saben ni siquiera qué consumen. A veces hasta consumen mal todas las cosas... se toman un montón juntos ni siquiera saben qué ellos. Entonces, poder dar una atención farmacéutica y poder dar un seguimiento y una orientación verdad sería lo ideal.

13. ¿Cree que si se implementaran estas mejoras en el seguimiento farmacoterapéutico se podría disminuir el riesgo de que los pacientes padezcan cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Creo que sí tendría una mejoría, pero de igual manera, no se va a disminuir al 100%, sería poner de nuestra parte para sacar la tarea.

14. Tomando en cuenta las áreas de mejora ¿cuáles acciones considera que se deberían implementar para mejorar el seguimiento farmacoterapéutico de parte de los regentes? ¿Qué tan relevante es que el farmacéutico tenga conocimiento sobre el manejo y abordaje de la cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Pienso que tendría que haber una herramienta que describa bien claro el diagnóstico de los diferentes tipos de cefalea, como para poder orientar todavía mejor el estudio del seguimiento del paciente; tener una herramienta que usted le diga ya más claro y tener más claro por dónde va la cosa. Porque di, a veces es confuso, con las cefaleas es confuso y pienso que debería ser digital, de tener una comunicación con el paciente de manera virtual o por WhatsApp; así es tan fácil... Y con la parte del médico, eso serviría, pero en farmacia hospitalaria donde hay un servicio de Urgencia que tenemos más contacto con los médicos que podemos seguir eso... Pero lo que pasa es que a nivel de farmacia al menos lo que yo he notado cuesta mucho tener seguimiento con los pacientes, verdad, es... cuesta mucho. El que tiene más posibilidad de eso es el médico, por eso digo que tal vez hay que involucrarlo un poco o más bien.

Transcripción de la entrevista número 4

Parte I. Datos generales

- Nombre del profesional

María Delfina

- Años de experiencia en atención a pacientes

Tengo 7 meses de estar trabajando como regente

- Lugar de trabajo y sede

Ahorita soy regente en el hospital se la sede de San José y a veces hago extras en Torre.

Parte I. Datos generales

- Nombre del profesional

Marí Rodríguez y tengo 30 años

- Años de experiencia en atención a pacientes

Tengo aproximadamente 7 años. ¡Eh! primeramente fui asistente en el Metropolitano los primeros tres años de mi carrera, ya luego me dediqué solamente a terminar la U. Entonces ya no presté más mis servicios de técnico, tengo mi título de técnico fue en el 2015 que lo saqué y gracias a eso me nació más el querer especializarme más como farmacéutica, verdad, y también fue una como una herencia de mi mamá, verdad, que ella también pues se dedicaba a eso. Me encanta mucho la farmacia en cualquiera de sus áreas, pero me gusta más principalmente la hospitalaria que fue básicamente donde me crie, verdad, digámoslo así. Como regente empecé en enero de este año, entonces básicamente soy pues un poquito nueva, aproximadamente 6 meses.

- Lugar y sede de trabajo

Actualmente estoy en el Hospital Metropolitano de San José y a veces en Torre.

Parte II. Información relacionada al abordaje farmacoterapéutico

1. Considerando que los antimigrañosos son categorizados como uno de los fármacos que con más frecuencia ocasionan migraña de rebote ¿cuáles son los antimigrañosos más utilizados por los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico?

Ok., eso tiene que ver mucho también, porque recordemos que a la hora de abarcar nosotros a un pacientito tenemos que hacer una anamnesis un poquito más específica o sea a veces dependiendo, digamos del estado físico y de la comunicación corporal que el paciente nos dé, así es como nosotros tenemos que tal vez resolver y poder identificar cuál es el fármaco más apropiado para su patología. Por ejemplo, un paciente que sí, mira, es que yo soy hipertenso ¡eh! tengo mal mala adherencia a mi tratamiento y tengo un dolor de cabeza horrendo... Ya ahí uno dice Ok., mala adherencia paciente hipertenso Ok., puede ser que sí este dolor de cabeza se le esté desarrollando, pero no necesariamente sea por una migraña sino sea por el mal manejo de su patología crónica, verdad. Ahí por ese lado hay que tratar como de ir este desmenuzando el pollo, por decirlo así, verdad, y este, tratar de decir Ok., esto no es lo que yo pienso, eso es lo se sí debería hacer verdad.

Ahora bien, cuando son migrañas digámoslo así que de verdad ya se reconoce que es una migraña, es el paciente que me dice “no es que yo ya soy diagnosticado con migraña crónica, yo sé que cuando estoy muy estresado tengo mucha migraña, cuando estoy bajo mucho estrés, cuando tengo que trabajar mucho, cuando no duermo mucho tengo mucha migraña”. Entonces los medicamentos que principalmente preguntan mucho ellos son, por ejemplo, no sé, Migradorixina y el Avamigran usan mucho también llevarse, tal vez, bueno Triptanos también a veces. Entonces, el único es creo que es Relert pero Relert como viene por cajita y económicamente hay pacientes que no tienen ese acceso... Entonces ellos también se dan como porque eso es otra cosa... también tenemos que tratar de identificar cuál es la mejor terapia para el paciente.

También tratar de... también conocer un poquito más digamos de su historial. También que digamos... cómo es el caso si sabemos que es un Relert que al paciente le va a ayudar genial, verdad, porque es un medicamento más específico para su patología y tal vez económicamente no tiene la solvencia para poder utilizarlo, verdad, entonces también tenemos que decir Ok., ahorita el paciente solamente tiene esto entonces tratemos de convertir lo que tenemos a una situación o a un a una terapia un poquito más económica; “trate de comprarse unas dos Migradorixina y lo acompaña con Enantyum en boli”, por ejemplo, o si el Enantyum en boli es muy caro pues entonces acompáñalo con un Dalivium,

es un ejemplo verdad, que sabemos que sí le va pues ayudar un poquito más, pero que tal vez no es tan específico como hubiésemos querido abarcar al paciente.

2. Considerando que los analgésicos son categorizados como uno de los fármacos que con más frecuencia ocasionan migraña de rebote podría mencionar ¿cuáles son los analgésicos más utilizados por los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico?

Que te diré... bueno el Enantyum sí lo solicitan mucho, hay otros que solicitan el Metamizol y hay otros que también piden Tory, inclusive que lo combinan ahí... Ellos hacen sus cócteles extraños, verdad, pero uno pues trata de hacerles como el consejo, pero obviamente ya el paciente exige uno pues tampoco puede decirles “no”, porque más bien les va a caer mal verdad. Sí, si bien es cierto son antiinflamatorios y le pueden ayudar, pero y su propiedad farmacológica está más enfocado como en otras áreas verdad, qué sé yo en el parte musculoesquelético, verdad, pero bueno, hay pacientes que pueden llegar a utilizar a como hay otros que llegan inclusive pidiendo Tramal o Morfina que obviamente ya es son medicamentos muy especiales que, si no cumplen con el requisito de receta pues qué pena, pero no se les pueden vender verdad.

3. ¿Según su experiencia como regente farmacéutico cómo definiría una cefalea? ¿Con qué frecuencia recibe consultas sobre cefalea?

Qué sé yo ¡eh! bueno obviamente el dolor de cabeza digámoslo así, verdad, acompañado de malestar visual, o sea, ya sea que es un pacientito que “no ve que me arden mucho los ojos”, ¡eh! “no sé me siento un poquito mareado, veo borroso y me duele mucho la cabeza, tengo muchas náuseas, no me da hambre, no quiero comer”; en algunos casos inclusive con que se quejan que no pueden ni siquiera tomar líquidos porque ya sienten donde, verdad, las náuseas se manifiestan. Entonces para mí una cefalea es como esa red de síntomas, verdad, que entre ellos tienen cierta relación que cuando actúan juntos es cuando el paciente presenta es episodios un poquito más agudos que obviamente para él le manifiesta un malestar un poquito más pronunciado.

Puede ser que en un día pueda tener tal vez tres consultas, cuatro consultas dependiendo, verdad, es que eso también entra mucho dependiendo de la de la temporada en la que estemos o de la época; por ejemplo, cuando está el verano, eso téngalo por seguro, que mínimo vas a tener unas 7 a 10 consultas mínimo, verdad, por ejemplo, que padece cefaleas o de migrañas que no se protegen, no usa sombrilla, no usa gorra ¡eh! saben que se

deshidratán mucho. Pero como te digo, eso siento que también es como por temporadas y dependiendo digamos de cómo de la actividad social en la que se encuentra el paciente en ese momento.

4. Si se presentara una consulta farmacéutica sobre cefalea ¿cuál es el tipo de cefalea que logra reconocer con mayor frecuencia?

La cefalea por sinusitis, tensional y la migraña son como las dos categorías que más logro reconocer.

5. Según su experiencia como regente farmacéutico ¿cómo debería de ser el abordaje y tratamiento para un paciente que presenta cefalea común?

Ok., primeramente, igual, pues se le se le pregunta “mira hace cuánto está con dolor”. “Mira es que es un dolorcito”. Igual, cuál es el tipo de dolor, en qué en qué digamos parte de la cabeza te duele, si es en la parte frontal, en la parte superior, en la parte posterior, verdad. ¿Cuántos días tiene que tener ese dolor de cabeza? Si tiene algún otro tipo de enfermedad crónica, no sé, por ejemplo, que no mira, es que qué te digo, o sea, ¡eh! por ejemplo. Con la hipertensión o no, mira es que hace dos años me operaron de un tumor en la cabeza y ahorita después... demás otra vez estoy como como entonces... ya... eso también son ciertos ciertas situaciones que uno también pues tiene que prestar, este, atención, verdad, preguntar eso. Preguntar también digamos si ha tomado algún otro tratamiento porque puede pasar no sé qué tal vez, están se están automedicando con otro tipo de terapias que no es, digamos la propiedad, por ejemplo, que venga en un caso un paciente “que tengo un dolor de cabeza horrendo hace dos o tres días y lo que estoy usando es Buscapina”. Usted sabe que la Buscapina pues más por más digamos cierta propiedad antiinflamatoria, aunque no es verdad pues tan garantizado no le va a hacer nada, verdad. Entonces también es como tratar como de abarcar tanto los síntomas agudos que el paciente tenga en ese momento, como también ¡eh! la qué te digo como lo que él ha venido haciendo cotidianamente desde el inicio que presentó los síntomas, hasta el momento en que llegó a la farmacia a buscar ayuda, digamos.

6. En su recorrido laboral ¿ha realizado seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes que se han consultado sobre una crisis migrañosa?

No, no he tenido, así como la oportunidad; puede que llegue que sé yo, algún pacientito como a preguntar digamos, este, que “yo tengo tal dolor”, se le recomienda y a los dos días tal vez viene por el mismo medicamento, porque también presentó otro episodio agudo, y “sí es que, doctora, esta recomendación que usted me hizo me está haciendo muy bien y ya se me terminó y vengo por más”; entonces tal vez no para cefalea digámoslo así pero sí me ha pasado.

7. ¿Conoce qué es una cefalea por consumo de medicamentos? ¿Como la definiría?

No, la verdad no conocía tanto del tema o que esa fuera como de las causas... Mmm... Yo diría que tal vez es un como un efecto adverso de uno de los medicamentos que esté tomando tan crónicamente, que son medicamentos que no se debería tomar crónico obviamente.

8. ¿Cuáles considera que son los criterios que diferencian a una cefalea común de una cefalea de por consumo excesivo de medicamentos?

Creería que pacientes que llegan ya con puntos determinados, eso que dicen regálame un blíster de Acetaminofén, 10 Enantuy, un blíster de Celebra y ya ahí uno va pensando en que para qué necesita tanto, y le pregunta cuál es la razón, entonces más que todo como eso.

También que dicen que llevan días con dolor de cabeza y no se les quita. Que tiene características específicas, que duele de un lado de la cara y así.

9. En el caso de que se presentara un caso de cefalea por consumo excesivo de medicamentos al establecimiento farmacéutico en el que usted labora ¿cuál sería el abordaje y tratamiento que usted utilizaría habitualmente?

Ok., qué buena pregunta... porque estamos hablando que lo que es para abordaje de dolor, como tal, no podría utilizar porque más bien estoy afectando más al paciente, verdad, vamos a ver... Podría tal vez como recomendarle otro tipo de solución, o sea, no sé por ejemplo, si es un paciente que dice “no mira doctora, es que yo trabajo, no sé, en la oficina y trabajo de las 6 de la mañana hasta las hasta las 7 de la noche y vieras que como estoy tanto tiempo con la en la computadora, necesito tomarme aunque sea una pastilla, aunque no tenga ese dolor, porque yo sé que después de que termine me va a dar mucho dolor de cabeza”. Un ejemplo, entonces tal vez decirle “no, mira, este, trate de no utilizar analgésicos en ese momento, trate, no sé, de desprenderse de la computadora unos 10 minutos” ¡eh!, “vaya y se relaja o vaya afuera o no sé, trate como de, digamos que las horas que están ante un

computador sea menos tiempo de las que usualmente tiene”, verdad, ¡eh!, no sé, tratar digamos, de recomendar más actividad física. Yo no soy, digamos, terapeuta físico, pero sí siento que cuando involucramos más actividades físicas en nuestra vida, pues también el cerebro se lo agradece un mucho, verdad, y básicamente no sé, por ejemplo, si es un paciente que dice “no, yo tomo Acetaminofén cada 6 horas, todos los días”. No. Trate de ir disminuyendo esa terapia hasta que llegue un momento en que ya no lo utilice más, porque así le estamos dando a entender a nuestro cerebro y que él puede estar bien sin meterle tanta cantidad de químico a nosotros; digámoslo.

10. ¿Cree usted que la cefalea por el uso excesivo de medicamentos es un problema predominante en la actualidad en el cual el farmacéutico debería ser responsable de educar al paciente y advertirle de las consecuencias sobre el mal uso de analgésicos y fármacos antimigrañosos?

Sí, claro que sí; considero que es importante que el farmacéutico o se conozca que es un problema el consumo de medicamentos y los antimigrañosos y que, si el farmacéutico es responsable, digamos, de advertir al paciente de que existen estos efectos secundarios, siento que sí. Porque a veces hay muchos farmacéuticos que están ejerciendo solo porque le llegan un cheque cada quincena, verdad. Entonces, aunque él, digamos, reconozca que hay un problema de adherencia a medicamentos o por lo contrario, hay un problema de vicio, digámoslo así, de medicamentos, decirle al paciente que va a seguir con el dolor. nNo soy yo y eso no es el punto, digamos, hay que también reconocer y prestar la importancia que se debe a nuestra profesión; porque sea, nosotros sea como sea, somos los responsables de que los medicamentos se estén utilizando bien, para que la calidad de vida del paciente y el bienestar pues, sea prolongado por mucho tiempo más y si el paciente utiliza un medicamento mal, si nosotros reconocemos de cierta forma con esas señales que el paciente nos está dando y se ve que se está utilizando mal un medicamento, pues nosotros tenemos la obligación, tanto con nuestra profesión, pues al creyente, con Dios, principalmente, verdad, y ante el Estado; porque cuando nos juramentamos nosotros hacemos una juramentación ante el Estado, que nosotros somos los que vamos a velar por el bien social.

11. ¿Considera usted que cuenta con las herramientas necesarias (guías, cursos, artículos) para realizar un seguimiento farmacoterapéutico eficaz que le permita tratar a un paciente con cefalea por el uso excesivo de medicamentos?

No, o sea, sinceramente igual, yo fui estudiante, mi tesis fue del Paracetamol, entonces es muy similar a lo que usted me está diciendo, ¡eh! sí busqué mucho también de artículos que tenían que ver con el dolor y con el uso del Acetaminofén, inclusive es uno de muchos de los medicamentos que utilizan y sé que muchos de los que genera ese círculo vicioso digámoslo así y no, o sea, sinceramente no logré digamos, como encontrar algún tipo de protocolo a seguir o algún tipo de, digamos, de encuestita, por decirlo así, en lo que usted diga “mira tengo este paciente, no voy a decirle: señor, me puede regalar unos 20 minutitos de su tiempo, unos 15 minutitos de su tiempo” y sentarme a llenar ese cuestionario con el paciente, verdad, no sé, tal vez uno que me indique que según la escala no sé, de las respuestas positivas o respuestas negativas, que el paciente me dé, yo pueda clasificarlo, verdad, decir “no mira este paciente está un 10% que presente cefalea, por antiinflamatorios” o “no, este paciente ya está a un 90, necesito abarcarlo ya, como sea, para que más adelante más bien él, no pues no se sienta mal”; desde saber que ya ni con un AINE le va a quitar el dolor, verdad. Entonces, se siento que sería importante, porque como se dice, ya es una patología que, si bien cierto no se está viendo, pero está creciendo, entonces sí sería correcto y sería genial, verdad, que existiera algún tipo de guía.

12. ¿Cuáles considera usted que son las áreas de mejora de un regente al realizar seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con migraña crónica causada por él consumo de analgésico y fármacos antimigrañosos en exceso?

Siento que bueno, principalmente estamos obsoletos, así que tratar como de capacitarnos un poquitito mejor, en lo que sería el área, digamos de analgesia, verdad, o sea, ver cómo identificarlo y cómo tratarlo para no, digamos, utilizar pues, medicamentos que le van a seguir dando el mismo, el mismo síntoma, pues, al paciente; que eso es lo que no se quiere, verdad. O sea, usted a una persona diabética no le va a decir “siga comiendo dulce” o sea, porque sabe que el dulce no le está haciendo bien; algo así similar, digamos; con este tipo de pacientes, incentivar a los farmacéuticos a que les nazca dar una atención farmacéutica de calidad y personalizada, porque no vamos a atender a, no sé, a un adulto mayor de 70 años

de la misma forma como atendemos a una persona de 20 años, o sea, sabemos que tal vez con los adultos mayores hay que tener un poquito más de paciencia, tratar como de explicarle de una forma que él pueda entender y que de cierta forma, como dice usted, darle esa espinita para que él siga, digamos, pues utilizando su tratamiento adecuadamente o por lo menos, con sus cuidadores, verdad, porque ahora sabemos que actualmente muchos adultos mayores o muchas personas adultas mayores viven solitas, son polimedicados y pues eso también repercute mucho en su adherencia a los tratamientos; ya eso es otro tema aparte verdad. Pero como digo o sea, siento que lo más importante, lo principal es incentivar a que los farmacéuticos realicen una atención farmacéutica correcta adecuada y personalizada, verdad, porque hay muchos que como le digo, siento que como que les da pereza o sea, llegan como a trabajar y no... o sea “yo solamente vengo a inyectar, vengo solamente a vender, vengo solamente a sellar recetas hagan las etiquetas y ya”... Y esa no es solamente digamos nuestra profesión, siento que nuestra profesión tiene que encerrarse de una forma más integral, más como le digo, nosotros tenemos que demostrar confianza para que el paciente tenga esa confianza en nosotros y pues también tenga, como le digo, que sean honestos con nosotros. Porque puede que vengan pacientes inclusive a decirnos situaciones que no son correctas o que más bien vengan a decir “es que vieras que mi hermana tiene esto” y esto a saber si es él, verdad. Entonces también que nosotros, que nuestras actitudes tanto, digamos verbales y corporales, demuestren cierta, como le digo, que sea un poquito más, a menos a la hora de atenderlos, para que también los pacientes ¡eh!, sea, digamos, una comunicación recíproca tanto de nosotros a ellos como ellos a nosotros.

13. ¿Cree que si se implementaran estas mejoras en el seguimiento farmacoterapéuticos se podría disminuir el riesgo de que los pacientes padezcan cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Tendría que haber muchísimo compromiso por parte de los farmacéuticos, verdad, porque como te digo, hay unos que, o sea, cómo están ahí nada más por esperar un pago cada 15 días, verdad, y pues ese no es el punto, verdad, entonces siento que sí se podría, pero sí hay como que incentivarlos mucho. Y a los que son medio vagabundos, verdad, tratar como de motivarlos, decir... mira no es que si se logra esos cambios de no sé, por ejemplo, que si farmacéutica tratemos de aprovechar un 50% y a ustedes se les va a retribuir con, no sé, un

paseo a final de año en familia o alguna carajada de esas, digamos, que los motive, en caso, digamos, de los farmacéuticos que tal vez no se creen que son farmacéuticos y no se toman este, en serio a su profesión; pero sí siento, digamos, como te digo que digamos que si se hace el cambio, sí, siempre ese compromiso en el farmacéutico para que, verdad, se cumpla. No es como que se llega a hacer y sí se cumplen dos o tres días y ya... después vuelve otra vez a lo mismo, o sea, no... sino que verdad, sea un cambio prolongado. Claro, lo que sí digamos, ahora que estamos hablando mejor sí, que sea como más puntual, más involucrando al paciente. También hablamos que hay mucho tiempo que se tenía para esas cosas y todo el factor socioeconómico que hablamos. También, digamos, hay pacientes que, como te digo, “mira es que voy tarde el trabajo, no tengo tiempo” y digamos, vamos tal vez en la parte pública sí exista como la posibilidad que el paciente así, “voy a sacar cita”, pero no para no una atención farmacéutica. Pero qué pasa con la parte privada, sí o sea, porque estamos hablando que en la parte privada di, está un poquito mal, porque el paciente tiene que pagar para sacar la cita, pero por qué no tratar como de innovar algún tipo de sistema que el paciente tenga la posibilidad que se le realice la atención farmacéutica, que el farmacéutico tenga la posibilidad, qué sé yo, que al día regalar 10 minutos de su tiempo a 10 pacientes, por ejemplo, o a seis pacientes, hablando, digamos en tiempo, para que Ok., no sé si tal vez 10 minutos, pues es poco, verdad, pero para que por lo menos poco a poco se le pueda dar una educación correcta al paciente para que el paciente también pueda entender... Porque estamos hablando que si nosotros conocemos eso porque vamos 5 a 7 años a la U, pero el paciente no; entonces tratar como de darle un poco de ese conocimiento, verdad, siento yo.

14. Tomando en cuenta las áreas de mejora ¿cuáles acciones considera que se deberían implementar para mejorar el seguimiento farmacoterapéutico de parte de los regentes? ¿Qué tan relevante es que el farmacéutico tenga conocimiento sobre el manejo y abordaje de la cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Ok., como ya te dije, tal vez implementar esos 10 minutos de consulta para que el paciente pueda tener conocimiento de su patología, y qué sé yo, de un solo aprovechar para ofrecer un seguimiento, ya que es mi prioridad y mi compromiso con el Estado velar porque

él, cuando se vaya a su casa, llegue y diga “gracias Señor, porque tal persona me quitó el dolor, yo sé que yo tengo este medicamento porque en la farmacia me dieron una atención súper especializada, súper personalizada... me dije dieron que no sé qué en mis patologías yo no puedo utilizar este otro medicamento, porque como yo lo utilizaba y estoy tomando tal otro”... Entre ellos interaccionan y ese era el dolor que yo tenía. Entonces siento que eso es como lo importante, pero vamos a lo mismo y no todas los profesionales piensan igual que uno verdad... lamentablemente hay unos que pues necesitan un empujoncito económico para que... ver si se les iluminan los ojos verdad. Entonces siento que eso también pues tiene mucho que ver.

Transcripción de la entrevista número 5

Parte I. Datos generales

- Nombre del profesional

Maryam Castro

- Años de experiencia en atención a pacientes

Ahorita tengo 6 años

- Lugar de trabajo y sede

yo me encuentro en lo que sería farmacia la botica Torre Médica en la sede de San José

Parte II. Información relacionada con el abordaje farmacoterapéutico

- 1. Considerando que los antimigrañosos son categorizados como uno de los fármacos que con más frecuencia ocasionan migraña de rebote ¿cuáles son los antimigrañosos más utilizados por los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico?**

Más común tenemos en lo que es Torre es Migradorixina que sería el primero que siempre llevan; en segundo lugar estaría lo que es el Avamigran que también lo llevan bastante y en tercer lugar el Migretil.

- 2. Considerando que los analgésicos son categorizados como uno de los fármacos que con más frecuencia ocasionan migraña de rebote ¿cuáles son los analgésicos más utilizados por los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico?**

En el caso de nosotros que se pelean así, siempre es el Enantyum y el Dalivium que a pesar de que son la misma molécula, siempre los pacientes tienen como preferencia por uno sobre otro. Adicional a eso, aunque no parezca, mucha gente sí toma ayuda del acetaminofén a pesar de que ya hay algunos productos que lo tienen, como el Mencetamol más que todo y el otro que le podría indicar, pero ya es muy bajito, porque muy poca gente tiene conocimiento, sería el Biprofenid, pero siempre buscan piden siempre es el bebiblé porque ya la gente tiene como un chip asociado a que como es bebiblé me va a funcionar más rápido entonces y la gente anda buscando algo “que me lo quite ya”.

3. Según su experiencia como regente farmacéutico ¿cómo definiría una cefalea? ¿Con qué frecuencia recibe consultas sobre cefalea?

Ok. Bueno yo este, ya tengo un diagnóstico de hecho, yo soy migrañosa también, entonces yo sí intento hacer mucho énfasis primero con los pacientes para definir si es una migraña o una cefalea como tal o un dolor de cabeza o una jaqueca. Yo sí, digamos, les pregunto, digamos, que para mí en una cefalea hay sensibilidad a la luz, algún sonido a olores, es en un solo lado, es en los dos lados, ¡eh! si usted hace algún movimiento se empeora o siempre está ahí es palpitante o no... Siempre intento como indagar un poco más porque la mayoría de gente ya a veces piensa que un dolorcito mínimo de cabeza ya nos lleva que es una migraña y que tenemos que consumir esto y que esto no es lo que nos va a quitar... Aunque no lo parezca, resuelva tal vez, digamos un dolor de cabecita normal asociado a una alergia o que tal vez es algo tensional que resuelve con algo tan sencillo. Mínimo unas 5 consultas al día.

4. Si se presentara una consulta farmacéutica sobre cefalea ¿cuál es el tipo de cefalea que logra reconocer con mayor frecuencia?

De hecho, lo que se ve mucho es tensional, el tipo de cefalea tensional, porque siempre todos pasan o han estado con mucho estrés y dicen “es que me duele y no solo me duele la frente me sino también me duele el cuello”. ¡Eh! o tal vez me duele el cuello y ese dolor me sube hacia la cabeza, entonces ya uno va asociando y va preguntando si ha estado con mucho estrés algo le ha pasado y así es como ya uno se va dando cuenta que casi que todas van asociadas por allá. Y ya sí, en segundo lugar, sí llegan las migrañas, ¡eh! en el caso de nosotros sí ya son ciertos pacientes como que lo tienen muy identificado o que ya sabe que lo padecen. Y de tercero, lo que sí llega ya son como las asociadas alergias que tal vez dicen “no es que hoy amanecí con una rinitis y no aguanto el frente, entonces ocupó algo para el dolor de cabeza”.

5. ¿Según su experiencia como regente farmacéutico cómo debería ser el abordaje y tratamiento para un paciente que presenta cefalea común?

Primero empezamos por ver cuáles son los síntomas que me describe la paciente, empezar a asociar, Ok., no hay sensibilidad, no hay dolor al movimiento, no hay náuseas no hay nada, sino que simplemente está como ese dolorcito de cabeza. Yo intento preguntarle, Ok., si tomó algo en el transcurso del día... Si me dice digamos... nos vamos ahí por dos rutas. Si me dice sí, sí tomé Ok., qué fue lo que tomó... Porque volvemos a lo mismo, hay gente que tal vez me dice “no es que vieras y me tomé un par de Panadol extrafuerte y se me

quitó”, entonces para mí, digamos, no tenemos que salirnos a más, si ya un Acetaminofén no resolvió, decirle tal vez, Ok., mira, entonces podemos cambiar una opción como Mefenametol bebibible, nos va a funcionar más rápido nos puede mantener, esperemos a ver cómo nos va el día de hoy... Porque hay gente que ya tal vez dura solo un día y ya el otro día está bien y si nos vamos a que no, no ha tomado nada, igual hacerle siempre las mismas preguntas, si es alérgico a algo, si tiene algún padecimiento de fondo, que eso siempre es muy importante porque nos va a examinar por qué medicamento podemos ir a ver qué escogemos. Entonces ya y ver si Ok., igualmente tomó algo no ha tomado nada... Entonces quedarnos como tal vez en una escala bajita que te puede decir tipo un Enantyum o un Dalivium, inclusive todavía un Pronol que tiene muy buen efecto a ese nivel y quedarnos como en esos medicamentos; así como decirle “bueno y lo va a tomar cada 8 horas o cada 12 horas, dependiendo del que sea y si resolvemos bien sea y si lo ve necesario si se la tomó ahorita y ya resolvió y no la ocupa no la tome más, déjela solo para cuando tenga la presencia del dolor, si ve que otra vez vuelve entonces igualmente seguimos las pautas de dosis y vemos cómo sigue avanzando el problema”.

6. En su recorrido laboral ¿ha realizado seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes que se han consultado sobre una crisis migrañosa?

Es difícil, no le voy a mentir, acá no he tenido la oportunidad y en los otros lugares donde he trabajado vieras que sí es muy difícil, porque si bien es cierto somos una farmacia de hospital, pero tenemos muchos pacientes de paso, entonces los vemos que llegan vemos que compran y ya no los volvemos a ver. Son muy poquitos y ya son esos pacientes que ya tienen identificado que es una migraña, entonces vienen y ya saben qué medicamento comprar para la crisis y se van y solo los vemos en esos episodios. El tiempo también es bastante limitado, entonces cuesta mucho que llegue una consulta tan específica y que logremos hacer seguimiento.

7. ¿Conoce lo que es una cefalea por consumo de medicamentos? ¿Como la definiría?

Yo por mi propia experiencia ¡eh! que a mí me ha pasado que cuando estaba en crisis antes de encontrar las medicaciones necesarias, gracias al neurólogo, consumía mucho medicamento, entonces se tiene como ese efecto placebo de que estás bien, de que ya se quitó, pero vuelve a los 6 horas y bueno, ahí está otra vez el dolor, en la misma intensidad, en el mismo lugar donde estaba. Uno vuelve a tomar algo, se quita par de horitas y otra vez vuelve

y sigue así de hecho por varios días consecutivos. Esa ha sido mi experiencia de hecho y que yo le comenté al neurólogo como tal, que yo le decía: “sí es que yo tomo pero digamos, yo ahorita en la noche tuve un dolor de cabeza me tomo un medicamento todo bien, fui a dormir bien pero me levanto otra vez con el dolor de cabeza y sigue siendo como un patrón vicioso donde yo volví a tomar se quitaba y otra vez empezaba”...

8. ¿Cuáles considera que son los criterios que diferencian a una cefalea común de una cefalea de por consumo excesivo de medicamentos?

Ahí sería ver la duración específicamente con el paciente como, digamos, igual hablando desde mi caso, que a mí me duraba hasta una semana y yo decía es que qué extraño o sea ya empezar a hablar, Ok., cuánto tiempo tiene con ese dolor de cabeza, Ok, y tomo algo y le funcionó, y cuánto tiempo le funcionó, de verdad se lo quitó o solo fue como por un momentito así un alivio momentáneo y después volvió y ver qué medicamento se está consumiendo. Porque sí ahorita, digamos, como tal la población casi que la gran mayoría es adicta al Enantyum y al Dalivium que he hecho inclusive, hay gente que me dice “no si es que yo me tomo uno de esos y ya a mí no me hace nada”; entonces sí sería como muy interesante, dentro de mi parte el criterio sería la duración y qué ha estado tomando, para ver si lo para y si ha estado realmente funcionando o ha sido como un efecto placebo para la persona

9. En el caso de que se presentara un caso de cefalea por consumo excesivo de medicamentos al establecimiento farmacéutico en el que usted labora ¿cuál sería el abordaje y tratamiento que usted utilizaría habitualmente?

Soy parte del profesional que sí cree que hay cosas que ya nosotros, digamos, como que tenemos que hacer un alto y que ya en ese caso deberíamos decirle “no mira sería bueno que fuera a consultar con un médico porque no es normal que esté durando tanto o tal vez como guiarlo en la dirección de ver si no tiene que hacerse más exámenes, por si no hay una patología de fondo”; como hablamos de los mismos, digamos un paciente diabético que ya sabemos que tiene tal vez una neuropatía diabética, no se va a quedar enfocado un solo lugar o sea, nosotros somos un sistema nervioso completo que habría que ver si no le está afectando otras partes. En todo caso, que fuera muy insistente el paciente que nos ha pasado ¡eh! tal vez yo intentaría irme por un periodo corto, eso sí, como todo, de algún esteroide momentáneo tipo parche, verdad, mientras uno le dice, Ok., y esto va a funcionar temporal si es que hace el efecto que estamos necesitando. Mientras usted va y consulta al médico para ver que no haya nada de fondo que sea lo que nos esté provocando

10. ¿Cree usted que la cefalea por el uso excesivo de medicamentos es un problema predominante en la actualidad en el cual el farmacéutico debería ser responsable de educar al paciente y advertirle de las consecuencias sobre el mal uso de analgésicos y fármacos antimigrañosos?

Sí es un problema, pero no se lo achaco totalmente al farmacéutico, porque si bien es cierto nosotros intentamos hacer nuestro mayor esfuerzo en explicarle al paciente ¡eh! Ok., vea es que esto es así esto es acá, o digamos volvemos a lo mismo yo sí tomo medicamento profiláctico, de hecho el neurólogo a mí me derivó a la Propanolol pero sí él me dijo eso sí Ok., tiene que estarse viendo la presión tiene que estar en tantos rangos porque si no ya tenemos que ver dosis y no tenemos que cambiar de medicamento, porque de hecho yo no reaccionaba al Propanolol de 10 mg. Entonces ¡eh! nosotros, a pesar de que intentamos y guiamos al paciente, digamos, yo lo hago, yo hago esas cosas, porque yo soy profesional yo lo sé y yo que yo tengo que verme, que, si me siento mal que tengo que hablar, pero hay muchos pacientes lastimosamente que llegan, entran a la farmacia le entró por un oído y le salió por el otro. Nosotros por más... y que de hecho me han llegado pacientes que por más que les dicen no es que digamos, por ejemplo, tomemos el malo siempre de la película el Ibuprofeno, no tome tanto Ibuprofeno, no tome tanto Ibuprofeno que le va a dañar el riñón, que le va a dañar el hígado y he tenido pacientes que me dicen “sí es que di al final yo no hice caso y al final ahorita tengo una lesión de riñón”. Entonces, si bien es cierto, sí nosotros podemos tener una parte en el papel de educación de intentar ayudar al paciente, pero a veces los pacientes no nos hacen caso y el Internet tampoco nos ayuda, lo que estábamos mencionando ahora es que ahora todo es tan fácil, pero de tan de fácil acceso, que tal vez la persona como usted dice, ni siquiera pregunta... nada más llega deme o le entra por aquí le salió por acá. Entonces sí claro no es difícil, porque tal vez digamos uno los ve y los ve una única vez en la farmacia, porque tal vez fue una emergencia, pero habría que ver qué trasfondo tiene el paciente de hace cuánto está comprando medicamentos, de hace cuánto los está tomando. Y mentira que uno tampoco a cada paciente que llegue va a tener tiempo decirle y por qué lo está comprando y qué necesita... porque también el hay pacientes que se van a quedar ¡cómo y por qué este me está preguntando!... “O sea, que eso no es su problema es el mío y yo voy a comprar esto”. Entonces sí es un poco difícil porque nosotros tenemos nuestro papel y lo intentamos hacer, pero también va de la mano con que el paciente nos quiera hacer caso.

11. ¿Considera usted que cuenta con las herramientas necesarias (guías, cursos, artículos) para realizar un seguimiento farmacoterapéutico eficaz que le permita tratar a un paciente con cefalea por el uso excesivo de medicamentos?

Como tal que le pueda decir no, o sea, sí es porque últimamente sí los he visto como cursos para tratar al paciente migrañoso, pero nunca he visto ninguno hasta la fecha que sea así como Ok., vamos a tratar al paciente con cefalea, pero asociado a este problema no; de hecho, casi que ahora todo está como solo migraña y migraña y nunca lo he visto con cefalea, pero no lo he visto asociado a alguna otra cosa.

12. ¿Cuáles considera usted que son las áreas de mejora de un regente al realizar seguimiento fármaco terapéutico de pacientes con migraña crónica causada por él consumo de analgésico y fármacos antimigrañosos en exceso?

Digamos, como profesional a mí me gusta siempre estar como actualizando ¡eh!, conocimientos. O tal vez, viendo nuevas ramas que no se sabían en su momento o que tal vez uno que está en la universidad nunca le hablaron. Para mí es importante saber de esa guía, digamos, o que tal vez hay un ente como vayámonos ya, al que nos supervisa que sería el COLFAR y si era como un curso asociado a esto, porque sí tiene mucha razón; de hecho, hasta que usted me lo dijo yo ni siquiera sabía la existencia de la guía, las cosas que sé es o porque me han pasado a mí o porque ahorita por mi padecimiento me ha tocado aprenderlas. Pero es un poco más difícil cuando somos nosotros que tenemos que explicárselo al... y no tenemos como la base y a veces el paciente no tiene ni la paciencia y no tiene el medio económico como para decirnos Ok., sí voy a hacer esto. Para mí el factor aparte sí, obviamente factor precio es muy importante, eso sí, todos lo sabemos. No todos lastimosamente, no todos tenemos la oportunidad de ir y pagar un médico privado no todos tenemos la oportunidad de ir y comprar medicamentos ¡eh!, tal vez tenemos que apegarnos a solo lo que nos da la Caja o tenemos esa paciencia, ese tiempo. También necesitamos el conocimiento y lastimosamente creo que en esa área... si no es que la gran mayoría de profesionales, salvo que sea como usted, que está haciendo específicamente esto, ya sepan del tema tienen las bases para poder enfrentarlo.

13. ¿Cree que si se implementaran estas mejoras en el seguimiento

farmacoterapéuticos se podría disminuir el riesgo de que los pacientes padezcan cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Sí, yo siento que sí, tal vez no podamos, verdad, hacer como lo que nos encantaría como la paz mundial basándonos a en el dolor de cabeza asociado al consumo excesivo de medicamentos, pero sí siento que sí se podría hacer un gran cambio y especialmente difundir el conocimiento en gente que está interesada en saberlo, que pueda ayudar a otras personas

14. Tomando en cuenta las áreas de mejora ¿cuáles acciones considera que se

deberían implementar para mejorar el seguimiento farmacoterapéutico de parte de los regentes? ¿Qué tan relevante es que el farmacéutico tenga conocimiento sobre el manejo y abordaje de la cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Implementar como tal ¡eh! es difícil, pero siento que también deberíamos ver... porque mentira o sea, no es cierto; yo sé que atendemos muchos pacientes a veces al día y que mentira que nos vamos a acordar de todos, porque sería físicamente imposible, pero sé que podemos identificar a los pacientes que siempre vienen. Por ejemplo, ya yo tengo ahorita que estaba hablando con usted haciendo toda esta entrevista, ya tengo mapeado una paciente que de hecho trabaja en el PANI y cada cierto tiempo yo la veo que viene por un Dalivium y una Migradorixina ¡eh! inclusive hasta los mismos compañeros del hospital siempre uno los ve y “¿qué tiene para el dolor de cabeza y es que me duele la cabeza y qué puedo tomar?”. Y ya uno entonces es ir como mapeando quiénes siempre vienen. Para mí sería como eso, como yo sé que tenemos que estar en todo y de verdad en todo y nada a la vez haciendo todo lo que tenemos que hacer al día a día en la farmacia; pero yo siento que, si nos podemos tomar ese tiempo en realidad, para empezar a mapear qué pacientes realmente están llegando siempre o casi siempre por ese tipo de medicamentos. Claro y es que es tan importante, verdad, realizar este seguimiento como tal o tomar ese poquito de tiempo. En realidad, para mí sí es muy importante porque siempre va a haber un paciente que va a llegar, se va a acercar y nos va a hacer preguntas; yo sé que tenemos el chance de decir Ok., no podemos investigar, pero es más bonito tener ya una base, por lo menos si no es todo el conocimiento por lo menos una base. ¡Ah! no mira si sé de lo que me está hablando y sé que podemos hacer esto y esto y esto o que los pasos a seguir son estos estos y estos. Entonces para mí siempre es que sigo

diciendo el conocimiento siempre es muy importante, entonces sí es sumamente importante que sí sepamos y manejos... como una guía para el manejo y diagnóstico... porque al fin y al cabo y somos la primera cara, casi somos la primera línea donde siempre llega el paciente y siempre van a salir con preguntas, siempre va a haber algún paciente que va a querer saber y di, al fin y al cabo es nuestra responsabilidad y nuestra obligación poder darle una respuesta certera.

Transcripción de la entrevista número 6

Parte I. Datos generales

- Nombre del profesional
Yorgelis Arce Herrera
- Años de experiencia en atención a pacientes
Tengo ya 2 años y medio
- Lugar de trabajo y sede
Actualmente estoy en el Hospital Metropolitano de Lindora

Parte II. Información relacionada conl abordaje farmacoterapéutico

1. **Considerando que los antimigrañosos son categorizados como uno de los fármacos que con más frecuencia ocasionan migraña de rebote¿cuáles son los antimigrañosos más utilizados por los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico?**

Ok. El Avamigran y la Migradorixina ¡eh!, esos son como los que más más llegan a preguntar y por receta *relert*.

2. **Considerando que los analgésicos son categorizados como uno de los fármacos que con más frecuencia ocasionan migraña de rebote¿cuáles son los analgésicos más utilizados por los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico?**

Lo más comunes es Enantuym, Celebra y el Apranax, pero casi siempre la versión en sachet es la más buscada.

3. **Según su experiencia como regente farmacéutico ¿cómo definiría una cefalea? ¿Con qué frecuencia recibe consultas sobre cefalea?**

Yo diría que ya un dolor recurrente de cabeza, pero que tenga más de varios días; porque si es como por un día o así, puede ser hasta por estrés o alguna otra causa. Pero normalmente ya cefalea, para mí, por lo menos dos o tres días un dolor muy recurrente

Prácticamente todos los días, todos los días se recibe una consulta de cefalea aproximadamente ¡eh!, tal vez cuatro o cinco al día.

4. Si se presentara una consulta farmacéutica sobre cefalea ¿cuál es el tipo de cefalea que logra reconocer con mayor frecuencia?

La cefalea por sinusitis y la migraña son como las dos categorías que más logro reconocer

5. ¿Según su experiencia como regente farmacéutico cómo debería ser el abordaje y tratamiento para un paciente que presenta cefalea común?

Empezaría con algún analgésico antiinflamatorio, no soy de mandar como antimigrañoso de primero, sino casi siempre me gusta mandar Enantyum si es mucho el dolor me gusta que empiecen con dos bolis de Enantyum y si no lo puedo combinar uno de Enantyum y uno de Mencetamol que es Acetaminofen, un gramo de bebible y le haría algún tipo de abordaje como tal, digamos, ya sea alguna pregunta o algo así, por ejemplo, si tiene varios días de tener el dolor de cabeza. Bien, primero le pregunto y también me gusta como que se tome la presión arterial.

6. En su recorrido laboral ¿ha realizado seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes que se han consultado sobre una crisis migrañosa?

No nunca, nunca, se me hace muy complicado por el tiempo reducido

7. ¿Conoce lo que es una cefalea por consumo de medicamentos? ¿Cómo la definiría?

No, la verdad no conocía tanto del tema o que esa fuera como de las causas. Mmm, yo diría que tal vez la definiría un como un efecto adverso de uno de los medicamentos que esté tomando tan crónicamente, que son medicamentos que no se debería tomar crónico obviamente.

8. ¿Cuáles considera que son los criterios que diferencian a una cefalea común de una cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Bueno, siempre me gusta preguntar si ya ha tomado algo anteriormente si me dijera que tiene una semana de estar tomando algún analgésico, antiinflamatorio y que no le ha hecho nada, ahí ya asumiría que es una cefalea por medicamento. Pero es que normalmente llegan a la farmacia y no tienen ya como tiempo de estar tomando algún paciente; llegue y me diga que ya tiene una semana de estar tomando analgésicos antiinflamatorios y no tiene mejoría, más que todo el tiempo de evolución y medicamentos que ha tomado

9. En el caso que se presentara un caso de cefalea por consumo excesivo de medicamentos al establecimiento farmacéutico en el que usted labora ¿cuál sería el abordaje y tratamiento que usted utilizaría habitualmente?

Si solamente tomaba analgésico antiinflamatorio le podría recomendar algún antimigrañoso como Avamigran o Migradorixina, pero si ya tomado ambos, sí lo derivaría al médico, porque tampoco es normal que esté con dolor de cabeza por tanto tiempo.

10. ¿Cree usted que la cefalea por el uso excesivo de medicamentos es un problema predominante en la actualidad en el cual el farmacéutico debería ser responsable de educar al paciente y advertirle de las consecuencias sobre el mal uso de analgésicos y fármacos antimigrañosos?

No solamente le echaría la culpa al farmacéutico, sino también al paciente como tal, que no va a consultar donde un médico, sino que consulta en *san Google* y lo que le recomienda el familiar; pero por nuestra parte, sí sería bueno que se eduque bien al paciente porque no se le ha advertido de las consecuencias del mal uso de estos medicamentos y de los antimigrañosos. Podría ser tal vez que en la recomendación no se les diga por cuántos días tomar, porque eso es otra cosa, hay colegas que tal vez nada más dicen tomen cada 8 horas y no le dice por cuánto tiempo y el paciente sigue y sigue tomando entonces siento que ahí es importante aparte, recomendar indicarle por cuánto tiempo máximo se debería tomar el medicamento

11. ¿Considera usted que cuenta con las herramientas (guías, cursos, artículos) necesarias para realizar un seguimiento farmacoterapéutico eficaz que le

permita tratar a un paciente con cefalea por el uso excesivo de medicamentos?

No, la verdad nunca había visto, nunca he visto ninguna guía del tema ni tampoco algún curso de aprendizaje de parte del Colegio, como para enriquecer el conocimiento; desconozco si existen, la verdad.

12. ¿Cuáles considera usted que son las áreas de mejora de un regente al realizar seguimiento fármaco terapéutico de pacientes con migraña crónica causada por el consumo de analgésico y fármacos antimigrañosos en exceso?

Considero que un área de mejora sería el abordaje de parte del farmacéutico, que se haga la entrevista correspondiente y se tome el tiempo necesario, que es otro factor limitante por mejorar, para así garantizar dar una buena atención. A veces son muchos pacientes y todos quieren una consulta y hay que estar despachando recetas y todo eso; entonces también se complica un poco y hasta el mismo paciente que llega a comprar algo y también anda con poco tiempo. El factor económico como tal es importante y sí, digamos se sabe que a nivel del hospital ya es un poco más costoso el tratamiento, entonces sí eso, también es como una limitante o es como un área que tal vez nosotros no podamos mejorar. Pero sí puede implementar ciertas terapias, verdad, que se le puedan dar al paciente.

13. ¿Cree que si se implementaran estas mejoras en el seguimiento farmacoterapéuticos se podría disminuir el riesgo de que los pacientes padezcan cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Puede haber un poco de diferencia pero siento que también debería haber alguna guía para el paciente, porque como le digo, siento que mucho el problema es parte del paciente que le ha agarrado por automedicarse y buscar todo en Internet; porque igual, en la farmacia a veces ni siquiera consultan, de una vez vienen por el medicamento y solo dicen deme una enantyum y una migretil o necesito que me inyecte porque tengo una crisis de migraña y siempre me inyectan en las farmacias. Entonces siento que ayudaría mucho educar al paciente.

14. Tomando en cuenta las áreas de mejora ¿cuáles acciones considera que se deberían implementar para mejorar el seguimiento farmacoterapéutico de parte de los regentes? ¿Qué tan relevante es que el farmacéutico tenga conocimiento sobre el manejo y abordaje de la cefalea por consumo excesivo de medicamentos?

Sería bueno como, rápidamente, escribir el historial de esta persona que presentó dolor de cabeza y se sube a un sistema y ya, entonces la persona vuelve y se le pide el número de célula y nada más se sabe qué era lo que tenía anteriormente. Entonces, era también como una acción que se podría hacer; como para seguir, es llevar ese seguimiento como tal, verdad, porque uno es humano, se le puede olvidar

Sí, sería importante para poder abordar mejor y que el farmacéutico le dé un tratamiento que sea adecuado y sí le funcione y no que ande bailando por todas las farmacias con diferentes medicamentos y más bien afectándose más