



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN FARMACIA

Título de la investigación:

ANÁLISIS DEL ABORDAJE FARMACEUTICO EN PACIENTES CON
CEFALEAS EN LAS FARMACIAS COMUNITARIAS PRIVADAS DEL CANTÓN
DE CURRIDABAT PARA LA MEJORA EN LA ATENCION DURANTE EL
PERIODO DE ENERO A AGOSTO DE 2024

Nombre del estudiante:

María Esther Ocampo Guevara

Tutor(a):

Dra. Nidia Carmona Castro

Sede San José

Agosto, 2024

I. DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto primeramente a Dios y al Santo Cristo de Esquipulas porque han estado conmigo presentes en cada uno de los pasos que he dado durante este largo camino, por ser mi guía, por cuidarme y permitirme siempre llenarme de paz y fortaleza para continuar cuando a veces creía no poder lograrlo.

A mis padres, Gilberto Ocampo que sé que desde el cielo está feliz de verme llegar hasta acá y que realicé y cumplí con uno de sus sueños, gracias por ser mi ejemplo a seguir, a mi mamá Aurora Guevara que siempre fue mi apoyo en todo momento, gracias por siempre velar por mi bienestar y educación. Gracias a ustedes soy quien soy.

A mi pareja Víctor Herrera y a mi hijo Víctor Edo Herrera que siempre estuvieron conmigo esperándome, dando su apoyo y motivándome a lograr esta meta y hacerme ver que juntos íbamos a lograrlo.

Finalmente, a mi hermano Gilberto Ocampo quien fue parte fundamental de mi formación, por ser mi apoyo en todo momento y por depositar en mi toda la confianza en cada reto que se me presentaba, sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad. Que a pesar de nuestras diferencias siempre luchamos unidos por seguir adelante, gracias Gil por ser la mejor persona, por convertirte en mi otro papá.

II. AGRADECIMIENTOS

Quiero dar un agradecimiento especial a Dios por permitirme darme una segunda oportunidad de vida y poder lograr y hacer posible esto porque sin el nada de esto hubiera sido posible, a mis padres, Gil, Tita, Edu, Manu, Rafa, Julio que nunca me dejaron de apoyarme y darme una palabra de aliento y hasta en lo más mínimo estuvieron preocupados por mi carrera. A mis tías y primas que siempre estuvieron ahí motivándome a seguir adelante.

A mi red de apoyo con mi hijo Lennon, Karina, Marito, Tía Katia, Lau, Monse, Vale, gracias porque mientras yo estudiaba ustedes cuidaban y apoyaban a mi hijo y me daban la tranquilidad para poder seguir logrando este sueño.

A mis amigas que hice en la universidad Vale Hernández, María Recio, Fio, Yulieth, José Carlos por ser parte de este precioso y tan maravilloso recorrido. Pero en especial a Tatiana Jiménez y a Melany Ramírez que estuvieron ahí apoyándome, por estar conmigo en las buenas y no tan buenas, por ser mi segunda familia y ser parte de mi vida.

Por último, quiero agradecer a la Dra. Marcela Chaves quien me hizo creer y confiar en mí, en que podía lograrlo. Y por supuesto quiero agradecer a la Dra. Nidia Carmona Castro por haber confiado en mí y ayudarme con este trabajo. Gracias por su paciencia, valiosa dirección y apoyo para seguir este camino de tesis y poder llegar a concluirlo.

III. RESUMEN

Las cefaleas son una de las consultas con mayor constancia en las farmacias de comunidad para lo que hay una incidencia alta ya que es una patología con más prevalencia en el mundo con 1,89-2,33 billones de personas afectadas y 882 millones de nuevos casos cada año, comportando un impacto enorme de discapacidad en todos los grupos de edad y afectando mayoritariamente al comprendido entre los 15 y los 49 años. Esta patología afecta más a mujeres que hombre. En Costa Rica, no se han efectuado estudios específicos de datos estadísticos de cefaleas en la población adulta.

Por lo anterior, la presente investigación se fundamenta bajo la interrogante: ¿Cuál es el panorama actual del abordaje farmacéutico en pacientes con cefaleas en las farmacias comunitarias del cantón de Curridabat?

Teniendo como principal objetivo el análisis del abordaje farmacéutico en pacientes con cefalea en las farmacias comunitarias privadas del cantón de Curridabat para la mejora en la atención durante el periodo de enero a agosto de 2024.

Como metodología se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de verificar si el tema en estudio era viable para tal investigación, una vez que se concluyó dicho acontecimiento se procedió al desarrollo del tema en general, la elaboración del marco teórico y elección y validación del instrumento el cual, posteriormente será aplicado y en relación a sus resultados se podrá ofrecer un congreso de información que demostrará si la pregunta de investigación planteada se cumple. Por último, se discutieron cada uno de los objetivos específicos planteados y se brindaron las conclusiones y recomendaciones respectivas de acuerdo al análisis de los resultados obtenidos por medio del método científico utilizado.

Índice

I. DEDICATORIA.....	II
II. AGRADECIMIENTOS	III
III. RESUMEN.....	IV
1.1 INTRODUCCIÓN	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.3 OBJETIVOS.....	13
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.4 JUSTIFICACIÓN	14
1.4 ANTECEDENTES	16
1.4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	16
1.4.2 ANTECEDENTE NACIONALES	18
1.4.3 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	21
CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO.....	28
2.1 FARMACIA	29
2.2 ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN COSTA RICA	30
2.3 <i>Regente Farmacéutico</i>	33
2.4 PERFIL DEL REGENTE FARMACÉUTICO.....	35
2.5 ROL DEL REGENTE FARMACÉUTICO.....	36
2.6 FARMACIA COMUNITARIA	38
2.7 ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES QUE REALIZA EL REGENTE EN FARMACIAS COMUNITARIAS... 38	
2.8 CONSULTA FARMACÉUTICA	40
2.9 ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN COSTA RICA	41
2.10 CEFALEA.....	43
2.10.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA CEFALEA	44
2.10.2 FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR POR CEFALEA	45
2.10.3 CAUSAS DE CEFALEA	46
2.10.4 SÍNTOMAS DE CEFALEA	47
2.10.5 FACTORES DE RIESGOS DE LA CEFALEA.....	49
2.10.6 TIPOS DE CEFALEA	50
2.10.7. CEFALEAS PRIMARIAS.....	52
2.10.8 MIGRAÑA.....	52
2.10.8.1 DIAGNÓSTICO SEGÚN TIPO DE MIGRAÑAS	53
2.10.8.2 MIGRAÑA SIN AURA	54
2.10.8.3 MIGRAÑA CON AURA	56
2.10.8.4 MIGRAÑA CRÓNICA	57
2.10.8.5 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE MIGRAÑA CRÓNICA	58
2.10.8.6 RECOMENDACIONES NO FARMACOLÓGICAS DE LA MIGRAÑA.....	58
2.10.8.7 TRATAMIENTO AGUDO DE LA MIGRAÑA.....	59
2.10.8.8 TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA	62
2.10.9 CEFALEA TIPO TENSIONAL EPISÓDICA	65
2.10.9.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO CEFALEA TIPO TENSIONAL	65
2.10.9.2 TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TENSIONAL	66
2.10.9.3 CEFALEA TIPO TENSIONAL CRÓNICA.....	66
2.10.9.5 COMORBILIDAD Y FACTORES QUE PREDISPONEN	68
2.10.9.6 TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TIPO TENSIONAL CRÓNICA	69
2.10.10 CEFALEA EN RACISMO.....	69
2.10.10.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE LA CEFALEA EN RACISMOS	70
2.10.10.2 TRATAMIENTO DE LA CEFALEA EN RACISMOS	71

2.10.11 CEFALEA POR ESFUERZO FÍSICO	72
2.10.11.1 TRATAMIENTO DE LA CEFALEA POR ESFUERZO FÍSICO.....	74
2.10.12 CEFALEA ASOCIADA CON ACTIVIDAD SEXUAL	74
2.10.12.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO CEFALEA ASOCIADA A LA ACTIVIDAD SEXUAL PRIMARIA.....	75
2.10.13 CEFALEA ASOCIADA A TOS PRIMARIA.....	76
2.10.13.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CEFALEA DE LA TOS PRIMARIA	77
TABLA 8. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CEFALEA DE LA TOS PRIMARIA	78
2.10.14 CEFALEA POR USO EXCESIVO DE MEDICACIÓN.....	78
2.11 CEFALEAS SECUNDARIAS	79
2.11.1 CEFALEA ATRIBUIDA A TRAUMATISMO CRANEAL.....	79
2.11.2 CEFALEA ATRIBUIDA A EPISODIO ISQUÉMICO CEREBRAL.....	80
CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO.....	82
2.3 <i>Enfoque</i>	83
3.1.2 <i>Enfoque cualitativo</i>	83
2.4 <i>Tipo de investigación</i>	84
2.4.1 <i>Investigación Descriptiva</i>	84
3.3 <i>Población y muestra</i>	85
3.4 <i>Fuentes de información</i>	85
3.4.1 <i>Fuentes de información primarias</i>	86
3.4.2 <i>Fuentes de información secundarias</i>	86
3.4.3 <i>Fuentes de información terciarias</i>	86
3.5 <i>Criterios de búsqueda de información</i>	86
3.6 <i>Criterios de Inclusion y Exclusion</i>	89
3.7 <i>Variable de investigación</i>	90
1.8 <i>Descripcion de Instrumentos</i>	91
3.9 <i>Validación del instrumento</i>	92
<i>Fuente: elaboración propia, 2024.</i>	92
3.10 <i>Datos de los entrevistados</i>	92
3.11 <i>Tratamiento de la investigación</i>	93
CAPÍTULO IV- DISCUSIÓN DE RESULTADOS	95
CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	126
6.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
ANEXOS	139

Tablas

TABLA 1. MEDICAMENTOS DE USO AGUDO EN MIGRAÑA ADAPTADOS DE LAS GUÍAS ACADEMIA AMERICANA DE NEUROLOGÍA, ACADEMIA EUROPEA DE NEUROLOGÍA Y SOCIEDAD ESPAÑOLA NEUROLOGÍA.	57
TABLA 2: MEDICAMENTOS DE USO PREVENTIVOS DE LA MIGRAÑA ADAPTADOS DE LAS GUÍAS ACADEMIA AMERICANA DE NEUROLOGÍA, ACADEMIA EUROPEA DE NEUROLOGÍA Y SOCIEDAD ESPAÑOLA NEUROLOGÍA.	60
TABLA 3. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO CEFALEA TIPO TENSIONAL. 6¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.	
TABLA 4. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE LA CEFALEA TIPO TENSIÓN CRÓNICA	63
TABLA 5. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICOS DE LA CEFALEA EN RACIMOS.....	66
TABLA 6. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICOS CEFALEA POR ESFUERZO FÍSICO.	68
TABLA7. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO CEFALEA ASOCIADA A LA ACTIVIDAD SEXUAL PRIMARIA.	70
TABLA 8. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CEFALEA DE LA TOS PRIMARIA.	71
TABLA 9. CRITERIOS DE BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN.	78
TABLA 10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	80
TABLA 11. VARIABLE DE INVESTIGACIÓN.....	81
TABLA 12. PROFESIONALES QUE COLABORAN EN LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA. 8¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.	
TABLA 13. TIEMPO DE LABORAR EN FARMACIAS DE COMUNIDAD DEL CANTÓN DE CURRIDABAT.....	87
TABLA 14. FRECUENCIA DE CONSULTA POR CEFALEA	89
TABLA 15. CONSULTAS POR SEMANA.....	90
TABLA 16. TIPOS DE CEFALEA CONOCIDAS POR LOS FARMACÉUTICOS	91
TABLA 17. DESENCADENANTE DE LAS CEFALEAS	97
TABLA 18. IDENTIFICACIÓN DEL TIPO CEFALEA	99
TABLA 19. SÍNTOMAS QUE MÁS PRESENTAN EN CEFALEAS	95
TABLA 20. ALTERACIONES DEL SUEÑO EN LA CEFALEA.	97
TABLA 21. PAUTAS UTILIZADAS PARA EL ABORDAJE TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE QUE ACUDE A SU CONSULTA POR CEFALEA.	99
TABLA 22. UTILIZACIÓN DE GUÍAS O HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE CON CEFALEAS.....	102
TABLA 23. ¿QUÉ TAN IMPORTANTE CONSIDERA USTED QUE ES EL ABORDAJE FARMACÉUTICO EN EL PACIENTE CON CEFALEA?	104
TABLA 24. UTILIDAD Y FACILIDAD DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	105

Figuras

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA EN LA QUE ASISTEN LOS USUARIOS A LAS FARMACIAS PRIVADAS DE COMUNIDAD. 3¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

FIGURA 2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS CEFALEAS ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.01

Listas

LISTA 1. FARMACIAS ENTREVISTADAS 84

LISTA 2. CONTENIDO DE UNA GUÍA PARA EL PACIENTE CON CEFALEA ..¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.06

CAPITULO II. INTRODUCCION

1.1 Introducción

Los servicios farmacéuticos enmarcados en la Atención Farmacéutica son actividades encaminadas a que el profesional farmacéutico participe activamente en contribuir a la prestación de servicios para la mejora de la salud con respecto al uso de los medicamentos, por lo que deben ser promovidas por el propio farmacéutico. La evidencia respalda, que, con un adecuado acompañamiento por parte del regente, los pacientes pueden reducir el incremento de visitas a los centros médicos¹.

Las cefaleas son una de las consultas con mayor constancia en las farmacias de comunidad para lo que hay una incidencia alta ya que es una patología con más prevalencia en el mundo con 1,89-2,33 billones de personas afectadas y 882 millones de nuevos casos cada año, comportando un impacto enorme de discapacidad en todos los grupos de edad y afectando mayoritariamente al comprendido entre los 15 y los 49 años. Esta patología afecta más a mujeres que hombre². En Costa Rica, no se han efectuado estudios específicos de datos estadísticos de cefaleas en la población adulta³.

Las consultas presentadas con frecuencia por patologías como las cefaleas deben recibir una atención prioritaria de parte del regente farmacéutico, ya que para el consultante debe percibir una respuesta donde se sienta a gusto y con la confianza necesaria para expresarse durante el proceso realizado a lo largo de la atención farmacéutica y así poder tener un mejor diagnóstico y tener una recomendación de tratamiento adecuado, seguro y eficaz. También debe ser considerable que el paciente exprese si durante la consulta presento alguna incertidumbre que pueda ser aclarada en su momento o si tiene alguna molestia ya que esto ayudara al regente a mejorar sus próximas consultas que se presente a la farmacia.

Se pretende realizar comparaciones de ciertos tratamientos que ya se encuentren actuales en las guías de manejo establecidas internacionalmente, las cuales sean utilizados en pacientes para manejo del dolor y también lograr identificar cuáles son los tratamientos que los regentes farmacéuticos utilizan frecuentemente para este tipo de patología y si tiene alguna relevancia con los medicamentos establecidos en ciertas guías.

Se llevará a cabo un análisis del abordaje farmacéutico en pacientes con cefaleas en las farmacias privadas del cantón de Curridabat para la mejora en la atención y a su vez facilitará a los regentes farmacéuticos brindar una mejor consulta farmacológica y con sus respectivas recomendaciones.

1.2 Planteamiento Del Problema

La cefalea es un problema de salud lo que ha conllevado a que surjan unidades de Cefalea (UC), derivadas de la necesidad de una atención especializada para este grupo de pacientes, permitiendo así una valoración por personal sanitario altamente calificado, con acceso a los últimos tratamientos disponibles para el abordaje de esta patología tan común, optimizando el gasto sanitario mediante la mejora en eficacia del proceso diagnóstico y terapéutico, disminuyendo pruebas innecesarias, consumo de medicación y visitas a urgencias⁴.

Las cefaleas es uno de los constantes motivos de consulta con mayor frecuencia en la atención primaria, urgencias y especialistas en neurología por lo que representa una de las patologías que causa mayor discapacidad en las actividades diarias en el mundo, y que además representa un alto impacto socioeconómico, ya que los pacientes buscan un alivio inmediato para sus síntomas debido a que las personas afectadas en ocasiones es el sector de la población que se encuentra en los años más productivo de su vida⁴.

Como parte de esta problemática se pretende determinar y diferenciar durante la consulta farmacéutica los diferentes tipos de cefaleas, ya que se considera una de las preguntas más frecuentes del día a día en farmacias de comunidad, esto para lograr tener una mejor respuesta terapéutica. Es importante tener en cuenta que esta afectación es muy común en personas que tienen edades adultas ya que en muchos casos se sabe que puede presentarse por múltiples factores.

Es por lo que surge la necesidad de realizar la guía educativa que permite mejor u optimizar el manejo de diversos tipos de cefalea y por consiguiente brindar recomendaciones

con tratamientos más actualizados y acorde a esta necesidad de los consultantes y evitar una sobredosificación, incluso favoreciendo la calidad de vida del paciente y así disminuir las visitas a los centros médicos.

Además, se puede decir que un mal manejo del cuadro de cefaleas o una incorrecta administración de fármacos, puede ocasionar diferentes afectaciones en los pacientes tales como una cefalea crónica; debido a lo anterior es que planteamos la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es el panorama actual del abordaje farmacéutico en pacientes con cefaleas en las farmacias comunitarias del cantón de Curridabat?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Analizar el abordaje farmacéutico en pacientes con cefalea en las farmacias comunitarias privadas del cantón de Curridabat para la mejora en la atención durante el periodo de enero a agosto de 2024.

1.3.2 Objetivos Específicos

1.3.2.1 Identificar las prácticas actuales de abordaje farmacéutico en pacientes con cefalea en las farmacias comunitarias privadas del cantón de Curridabat.

1.3.2.2 Evaluar la adecuación de los tratamientos recomendados por los regentes farmacéuticos en las farmacias comunitarias privadas del cantón de Curridabat para el manejo del dolor asociado a cefaleas.

1.3.2.3 Determinar acciones dirigidas a los regentes farmacéuticos para el fortalecimiento de su enfoque en el abordaje de pacientes con cefalea en las farmacias comunitarias privadas con énfasis en la promoción de buenas prácticas en el seguimiento farmacoterapéutico.

1.4 Justificación

El dolor de cabeza es una de las afectaciones de salud más comunes. Se dice que ocupa el séptimo puesto en el rango de motivos de consultas ambulatorias y es una de las más importantes causas de absentismo laboral. Se calcula que alrededor de un millón y medio de consultas anuales en España tienen como origen la cefalea (43 por cada 1.000 habitantes y año)⁵.

La cefalea se define como una sensación dolorosa de intensidad variable localizada en la bóveda craneal, parte alta del cuello o nuca y mitad superior de la cara (frente). El dolor percibido en la mitad inferior de la cara se denomina algia o dolor facial. Es un síntoma muy frecuente en la población, constituye el motivo de consulta del 20% de los pacientes que acuden a los servicios de neurología. Casi todas las personas han padecido este síntoma en algún momento de su vida. Se estima en estudios epidemiológicos que la prevalencia de este trastorno es de un 10-20% de la población⁵.

Aún cuando cabe admitir que la cefalea no es una enfermedad peligrosa en la gran mayoría de los casos, debe tomarse en serio, pues puede poner al médico en la pista de otra enfermedad grave. Se ha creado una clasificación por parte de la clasificación de la Sociedad Internacional de Cefalea (1988), agrupándolas en trece tipos diferentes. De ellos, los cuatro primeros corresponden a cefaleas primarias, es decir, cefaleas sin signos complementarios específicos, y cuyo diagnóstico vendrá dado por el interrogatorio del paciente; los nueve tipos restantes son cefaleas secundarias a diversos procesos neurológicos y sistémicos⁵.

Dentro de las estructuras cerebrales que pueden causar dolor se mencionan los grados senos venosos, las meninges próximas, las arterias de la duramadre y base del cráneo, así como el resto de las estructuras extra cerebrales, sin embargo, la mayoría de las ocasiones los pacientes padecen cefaleas que no se relacionan con estas estructuras⁵.

Por otra parte, los dolores por procesos por encima de la tienda de cerebelo (hemisferios cerebrales) se proyectan por el trigémino a la zona pronto-temporal y el dolor

de causa infratentorial hacia el occipital a través del glosofaríngeo y neumogástrico, aunque una vez más es necesario aclarar que no son tan frecuentes.

Ante una cefalea aguda, de poco tiempo de evolución, debemos tener el máximo cuidado, no estando indicado practicar la automedicación. En este caso, el farmacéutico debe recomendar al paciente que visite a su médico para que este realice el diagnóstico y descarte todas las causas de cefaleas secundarias⁵.

Aunando a lo anterior con respecto a el sector de la salud y el papel de la farmacia y el regente farmacéutico es muy importante porque satisface las necesidades de la población, incluido el tratamiento de enfermedades agudas y de la atención ambulatoria. El regente farmacéutico se forma en el ámbito universitario con la responsabilidad de ser garante del conocimiento farmacéutico, para que la población reciba información detallada sobre las consecuencias o efectos secundarios de los medicamentos, incluidos los de venta libre o muy comerciales⁶.

Los farmacéuticos tienen la capacidad de comunicarse y llegar al público, lo que a veces resulta más difícil para otros profesionales sanitarios. Por otro lado, la sociedad tiene a reconocer el prestigio y la autoridad de la asistencia sanitaria y la especial capacidad de transmitir información útil al ciudadano, porque con la ayuda de la educación se puede evaluar la gran cantidad de información disponible relacionada con la salud y, por tanto, su día a día. Ya que al tener contacto públicamente, se puede transmitirlo con total responsabilidad y comprensión a los usuarios⁷.

El seguimiento farmacológico y el abordaje farmacéutico son herramientas que se envían e indispensable para garantizar una adecuada atención a la población e inclusive un buen manejo de los servicios de emergencias ya que, existen gran cantidad de patologías agudas que pueden ser tratadas en la consulta farmacéutica sin necesidad de sobresaturar los servicios de emergencias.

Por último , se tiene la inquietud de proponer un mejor seguimiento farmacológico para los regentes farmacéuticos de la comunidad de Curridabat que permita ofrecer a los usuarios una consulta farmacéutica completa y adecuada con respeto a las recomendaciones y sugerencias relacionadas con las distintas cefaleas que pueden presentarse y por último se desea identificar cuáles son los tratamientos que suelen recomendar los regentes para el dolor asociado a la cefalea con el fin de evidenciar si siguen los criterios analgésicos adecuados para esta patología.

1.4 Antecedentes

Los antecedentes proporcionan un marco contextual que sitúa el tema de investigaciones dentro de un contexto más amplio. En esta sección, se expone la evolución histórica y los principales enfoque y hallazgos previos relacionados con el tema. Lo que permite comprender la relevancia y la actualidad del problema investigado.

1.4.1 Antecedentes históricos

La OMS en el año 2016, mostró una importancia publicación en relación a la cefalea donde se menciona que las cefaleas son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Son trastornos primarios dolorosos e incapacitantes como la jaqueca o migraña, la cefalea tensional y la cefalea en brotes. También puede ser causada por muchos otros trastornos, de los cuales el consumo excesivo de analgésicos es el más común⁹.

La misma organización antes mencionada afirma que la prevalencia mundial de la cefalea (al menos una vez en el último año) en los adultos es de aproximadamente 50%. Entra 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 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. Por último, menciona que el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, actualizada en

2013, la migraña por si sola represento la sexta causa mundial de los años perdidos por discapacidad⁹.

López et al¹⁰, en el 2020 realizaron una importante publicación con relación a la cefalea como motivo de consulta en la atención primaria. Dicho estudio fue de tipo descriptivo transversal mediante encuesta autoadministrativa a los médicos de Atención Primaria de nuestro sector sanitario. Se recogieron variables sociodemográficas, variables relacionadas con la formación previa en neurología y cefaleas y variables en relación con sus necesidades formativas. Como conclusión aseguran que de los recolectaron la encuesta 104 médicos de AP, los cuales el 53% fueron mujeres y la edad media fue 49 años. La mayoría de los encuestados trabajan en un centro de salud urbano (42,3%) y se han formado vía MIR (77,9%). El 65,4% dedica más tiempo a una consulta de cefaleas que otras consultas y solo un 32,7% utiliza la Clasificación Internacional de Cefaleas. El 68,3% declara tener un interés alto o muy alto en cefaleas y al 75,9% le gustaría mejorar su formación, eligiendo cursos teóricos-prácticos y ponencias de actualización como la herramienta más útil. Un 90% utiliza triptanes en su práctica clínica diaria y el 78% emplea tratamientos preventivos. Por último, el fármaco más utilizado es amitriptilina y solo un 22,1% elige topiramato. Los profesionales de atención primaria están en contacto constante con pacientes con cefaleas y muestran interés en la formación en esta patología, lo que podría ayudarnos a diseñar programas docentes dirigidos a mejorar la calidad asistencial en este ámbito¹⁰.

E Martínez Piaz¹¹, 2021, llevó a cabo por primera vez según registros, tres estudios simultáneos en relación con la cefalea crónica diaria. En cuanto a su metodología dos estudios observacionales descritos y una revisión bibliográfica; en el primer estudio, con diseños de casos y controles, evaluamos el uso de triptanes en pacientes con migraña crónica. En el segundo estudio, con diseño de cohortes, evaluaron la respuesta a la OnabotulinumtoxinA en pacientes con migraña crónica y cefalea diaria. En el tercer estudio, realizamos una revisión bibliográfica de la migraña crónica con cefalea diaria. Los estudios se realizaron en un hospital académico de tercer nivel y fueron aprobados por el comité ético de investigación médica del área. La población de estudio incluyó

pacientes éticos de investigación médica del área. La población de estudio incluyó pacientes diagnosticados de migraña crónica por un neurólogo experto en cefaleas. Los pacientes fueron excluidos si existían condiciones que pudieran dificultar la evaluación de la situación clínica del paciente o si padecía otro trastorno de dolor de cabeza. Obteniendo como resultado que actualmente los pacientes que sufren cefalea crónica de fenotipo migrañoso y cefalea diaria se utilizan el termino migraña crónica con cefalea diaria. Hasta un 33,3% de los pacientes con migraña crónica sufren cefalea diaria.

María Calábria¹², 2020, realizo un estudio en España, titulado Evolución histórica del concepto de cefalea: un viaje bibliográfico desde Arnold P. Friedman a nuestros días. Se realizo una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed con los términos “tensión-type headache” y “tensión headache”. La autora obtuvo como resultado que en los años 50 se encuentran publicaciones que 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 concepción algo incompleta. En la década del 2000 se triplica el número de publicaciones respecto a la precedente, clarificándose aún más el concepto, realizándose subdivisiones claras según frecuencias de episodios, y aceptando otros elementos más complejos como son el tipo genético.

Concluyendo que el devenir histórico del concepto de cefalea tensional muestra como en un principio se hace un gran hincapié en la posible naturaleza psíquica del proceso. Llama también la atención la escasa investigación realizada en este tipo de cefalea, en contraste con la migraña. Es destacable, no obstante, las aportaciones de las diferentes clasificaciones de las cefaleas en el proceso de clarificar el concepto. En la actualidad, es esperable un cambio de paradigma que pueda dar lugar a la mejora de la calidad de vida de los pacientes que la sufren.

1.4.2 Antecedente Nacionales

Rojas et al¹, 2021, llevó a cabo una investigación de un artículo, de tipo observación, descriptivo en Costa Rica titulada Servicio de Atención Farmacéutica en Farmacias de comunidad privadas de Costa Rica: percepción de usuarios y con el fin de determinar la importancia de los servicios de las farmacias para la sociedad. En este estudio incluyó a 385 usuarios de farmacias privadas de comunidad, en 39 farmacias ubicadas en la provincia de San José, específicamente en los cantones de Curridabat, Desamparados, Escazú, Goicochea y San José. Esta investigación tuvo como conclusión la necesidad del desarrollo de un programa de Atención Farmacéutica en el ámbito privado, debido a que los usuarios consideran que por ser farmacias lugares de fácil acceso su salud mejoraría de ser orientados sobre su tratamiento en una forma continua.

Orozco et al¹³, 2022, realizó un estudio en Costa Rica, de tipo descriptivo cualitativo, tras una revisión bibliográfica de las bases de datos New England Journal of Medicine, PubMed®, Scielo, utilizando como descriptores cefalea, hemorragia subaracnoidea, hipertensión intracraneana, meningitis bacteriana, seleccionando los artículos pertinentes con fechas de publicación entre el año 2017 y 2021, incluyendo una excepción del año 2013 debido a su aporte relevancia para el artículo, y llegando así a un total de 18 artículos. Dicha investigación tuvo como resultado que la cefalea es una de las razones más comunes de consulta en atención primaria y farmacéutica, se ha clasificado en dos categorías: primarias (sin causa subyacente estructural a la cual atribuirle los síntomas) y secundarias (existe causa subyacente que puede amenazar la vida). Debe evaluarse toda cefalea para excluir una secundaria. Por último, concluyó que, si bien todas estas patologías tienen la cefalea como síntoma en común, es necesario estudiarlas para orientar un mejor diagnóstico diferencial, ya que todas requieren un abordaje muy distinto, pero de inicio inmediato para evitar complicaciones en el paciente.

Fallas et al¹⁴, 2023, realizó un análisis bibliográfico en San José Costa Rica, para identificar la relación entre la cefalea y el consumo indiscriminado de analgésicos. 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 utilización 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 AINES", "cefalea y opioides" y "cefalea crónica", dando lugar a una selección final de 15 publicaciones que se utilizaron para el desarrollo de esta revisión bibliográfica. Se debe tener presente que el principal Causante de esta cefalea es el uso abusivo de analgésicos de distintos tipos. Esto resulta de suma importancia a la hora de definir el diagnóstico y el manejo, dado que la incidencia de esta no es despreciable. La información y la educación al paciente son indispensables para evitar la adición, así como la insistencia en el tratamiento no farmacológico, relacionado con estilos de vida saludables y el adecuado seguimiento evitando así automedicaciones inapropiadas.

Romero et al¹⁵, 2020, llevó a cabo la realización de un artículo en Costa Rica titulado Migraña: tratamiento de crisis y farmacoterapia profiláctica. Entró en materia afirmando lo siguiente: la cefalea es la causa número uno de consulta en los servicios de Neurología, y uno de los motivos de consulta más frecuentes a nivel de Medicina General; la migraña se considera el tipo de cefalea más invalidante a nivel social, económico y psicológico. Para la realización de este artículo utilizaron bases de datos médicas certificadas pertenecientes a la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad (BINASSS): Scielo, DynaMed Plus, UpToDate, The New England Journal of Medicine. Se utilizaron además sitios web oficiales como American Migraine Foundation. Se incluyeron artículos publicados entre 2014 y 2019 relacionados principalmente al manejo farmacológico agudo y preventivo de las crisis migrañosas. Como conclusión principal expresa: La cefalea y la migraña equivalen a un porcentaje importante de las consultas en primer nivel de atención, y se consideran una de las enfermedades más incapacitantes.

Tras repasar el manejo farmacológico adecuado, la meta con los pacientes migrañosos es verificar las dosis y medicamentos que utilizan en crisis aguda, la frecuencia con que usan estos medicamentos; en caso de un paciente policonsultante determinar si los medicamentos que usa son los correctos o si por otro lado podría presentar Cefalea por Abuso de Analgésicos. En pacientes con crisis migrañosas persistentes se establecieron criterios claros

para iniciar farmacoterapia preventiva, además de los medicamentos y sus dosis correctas, enfatizando en que se debe individualizar cada paciente tomando en cuenta sus comorbilidades e historia clínica¹⁵.

1.4.3 Antecedentes Internacionales

Alcántara et al¹⁶, 2023, llevó a cabo un estudio en España sobre alteraciones en pruebas de neuroimagen en pacientes con cefalea en un ámbito ambulatorio. Realizamos un estudio observacional, descriptivo y transversal de una serie de pacientes con cefalea de la consulta de neurología del Hospital Universitario de Móstoles a los que se les realizó una prueba de neuroimagen. En dicho estudio incluyó a 279 pacientes en el estudio (190 mujeres y 89 hombres). Ningún paciente sin datos de alarma clínicos presentó alteraciones graves en la neuroimagen y, de los que presentaban datos de alarma clínicos (219 pacientes), sólo el 2,3% (cinco pacientes) presentó alteraciones graves. Los dos datos de alarma clínicos que se asociaron de forma significativa a una mayor probabilidad de alteraciones graves en la neuroimagen fueron la cefalea que se desencadena o empeora significativamente con cambios posturales o maniobras de Valsalva y la cefalea crónica diaria desde su inicio. Por último, se obtuvo como conclusión que la prevalencia de alteraciones significativas en neuroimagen en pacientes con cefalea en un ámbito ambulatorio fue baja, incluso en presencia de datos de alarma clínicos, por lo que la utilidad de estos datos de alarma parece ser menor en un contexto ambulatorio. Podría ser razonable intentar reducir el uso de la neuroimagen en pacientes con cefalea en el ámbito ambulatorio.

Chabusa et al¹⁷, 2020, realizó una investigación en Guayaquil Ecuador, enfocada en cómo la cefalea perturba de manera significativa la salud mental de las personas que la padecen, el impacto que tiene en su entorno, vida social, personal y por supuesto profesional, para ello se realizará una investigación que brinde orientación acerca de esta enfermedad y cuáles son sus principales causas. La investigación se ha centrado en textos de medicina neurológica, documentos, artículos científicos disponibles en la web y paginas confiables descartando toda información no confirmada y sin sus respectivas referencias bibliográficas, esto para darle mayor veracidad a la información de este artículo. Después de analizar

diferentes artículos con respecto al tema se obtuvo como resultado que las cefaleas en sus distintos tipos son los trastornos más comunes del sistema nervioso, y puede llegar a afectar tanto a niños como adultos, estos últimos se estima que la mitad padecen de la enfermedad y estadísticamente las mujeres son más propensas a sufrir de cefaleas debido a los cambios hormonales a los que día a día se enfrentan. Finalmente se conoce que muchas personas diagnosticadas de migraña logran un buen control de sus molestias, simplemente, identificando y luego evitando sus personales factores de riesgo.

P Fernández Paredes¹⁸, 2021, presentó un estudio en España, con el nombre Impacto de la intervención farmacéutica en pacientes con cefalea desde la farmacia comunitaria. El diseño del estudio fue longitudinal prospectivo controlado simple ciego, con un protocolo de actuación definido y la utilización de test específicos para la cefalea y calidad de vida, con el fin de evaluar los efectos y la eficacia del seguimiento farmacoterapéutico durante un periodo de dos años en dos farmacias situadas al norte de la Comunidad de Madrid.

La población objeto de estudio fueron pacientes diagnosticados de algún tipo de cefalea que pudieran recibir o no tratamiento para su enfermedad y que acuden a la oficina de farmacia de manera habitual para retirar la medicación. Se establecieron dos grupos aleatoriamente: uno de intervención, al que se le ofreció información oral y escrita sobre su enfermedad y otro grupo de control que no recibió tal intervención farmacéutica. Se obtuvo como resultado que intervenciones farmacéuticas se realizaron en sucesivas visitas pactadas previamente con el paciente con carácter trimestral.

El grupo control se le entrevistó al inicio y al final del seguimiento farmacoterapéutico, completó los mismos cuestionarios que el grupo de intervención, pero no recibió la atención farmacéutica. Se evaluaron los resultados negativos de la medicación asociada a la cefalea, la adherencia al tratamiento, la calidad de vida, el grado de discapacidad y la frecuencia e intensidad de las crisis. Como conclusión final, la creación e implantación de un programa de atención farmacéutica dirigido al paciente con dolor de cabeza, puede mejorar su calidad de vida y evitar problemas relacionados con la medicación, lo que convierte al farmacéutico en un profesional importante en la cadena sanitaria.

C Pillihuamán¹⁹, 2022, investigó en Lima Perú sobre la 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. El estudio fue de diseño no experimental, descriptivo, de enfoque cuantitativo, prospectivo de corte transversal; La muestra fue 260 pacientes, se empleó la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario, se trabajó con 95% de confianza. Como resultados se obtuvo que la edad más encuestada fue de 30 a 59 años, representando el 48,8% (127 personas), y la menos encuestada fue de 60 años a más, representando el 16.5% (43 personas). El género más encuestado fue el femenino que representó el 59,2% (154 personas) y respecto al nivel de educación: el nivel superior técnico representó el mayor porcentaje con 40,4% (105 personas), y el menor porcentaje representó el 1,2% (3 personas), encuestados sin ningún grado de instrucción. Se observó que el 55.4% (144) no se automedican por mala calidad de servicio que representa el 21,2% (55), mientras que el 44.6% (116) se automedican principalmente por buena calidad de servicio que representa el 15,4% (40). Por último, concluye que no existe relación significativa entre una mala calidad de servicio y la automedicación de los pacientes con cefalea ($p > 0,05$); así mismo, el chi cuadrado fue 0,566; el cual indica que no existe correlación.

Sepúlveda et al²⁰, 2022, realizó un artículo que se llevó a cabo en Colombia titulado “Cefalea como motivo de consulta: la visión desde atención primaria”; dicho artículo aborda la cefalea como una patología infradiagnosticada e infratratada, siendo unos de sus posibles factores la falta de formación de los profesionales de atención primaria. Dentro de los pacientes que consultan por cefalea a un médico de atención primaria, más del 90% lo hacen por alguna de las cefaleas primarias. Aunque la prevalencia de la cefalea a tensión es mayor que la migraña, en términos de frecuencia a consulta al médico de atención primaria la migraña es claramente superior a la de la cefalea tensional. Por último, estamos de acuerdo que se deben implementar estrategias que permitan al médico de la atención primaria mejorar el análisis e interpretación de la exploración neurológica para dar un tratamiento efectivo.

Muños et al²¹, 2020, realizo dos ensayos clínicos realizados en Colombia titulado Guía de la Asociación Colombiana de Neurología para el tratamiento preventivo de la

migraña crónica, cefalea tensión crónica, hemicránea continua y cefalea diría persistente de novo. Se estudiaron dos ensayos clínicos aleatorios, comparados con placebo. En total se estudiaron 1384 individuos entre 18 y 65 años. En el primer estudio realizado con 667 pacientes y un promedio de días de migraña de 18,2, que comparaba placebo vs erenumab en dosis de 70mg y 140mg, la probabilidad de alcanzar la mejoría del 50% o mayor fue de 40%, 41% y 23% en las dosis de 70mg, 140mg y placebo. En el segundo análisis parte de un análisis subgrupo en el que se comparaban las mismas dosis vs placebo, utilizando como desenlace primario la proporción de pacientes reducción de un 50% en la frecuencia de días/mes. Se concluye que, para el tratamiento preventivo de la migraña crónica, cefalea tipo tensión crónica, hemicránea continua y cefalea tipo tensión crónica, hemicránea continua y cefalea diría persistente de novo que existe una similitud en guías ya existentes con variación de población.

Villate et al²², 2023, realizó un artículo en Buenos Aires titulado Controversias Diagnósticas en la Clasificación Internacional de las Cefaleas, III Edición, la investigación se efectuó en artículos científicos disponibles en la web y paginas confiables para tener mayor veracidad a la información de este artículo. Se encontraron 131 artículos, lo cual se seleccionaron 85 relevantes que luego de evaluar la elegibilidad de estos se utilizaron 36 para dicha revisión. Después de analizar diferentes artículos con respecto al tema se obtuvo como resultado que la clasificación de la cefalea ha contribuido enormemente a la práctica clínica, caracterizando estos cuadros dolorosos, la superposición diagnóstica se puede apreciar en múltiples capítulos y esto queda evidenciado entre las notas de las distintas versiones de clasificación. La clínica no siempre se alinea con los criterios para un diagnóstico.

Ferreira et al²³, 2018, realizó en Brasil un análisis titulado “Dolor de cabeza por uso excesivo de medicamentos. Comparación retrospectiva de tratamientos preventivos”. El análisis retrospectivo que comparó las estrategias de tratamiento preventivo en 149 pacientes consecutivos, de un centro terciario, con cefaleas por abuso de medicación según la Clasificación Internacional de Cefalea. Los participantes fueron pacientes consecutivos que buscan ayuda en las instalaciones y no fueron reclutados para participar en un estudio específico. Los criterios fueron 15 o más días con dolor de cabeza por un mes durante al

menos seis meses, 18 a 60 años; y un diagnóstico de cefalea primaria. Como resultado del estudio se obtuvo que los 168 pacientes consecutivos (31 hombres y 137 mujeres) en todos los pacientes se llevó a cabo una reiterada ambulatoria y abrupta de los medicamentos consumidos en exceso.

Fernández et al²⁴, 2021, desarrollo en España una revisión titulada Terapia manual en adultos con cefalea tensional: revisión sistémica, esta se basó en una revisión sistemática de la literatura en busca de ensayos controlados y aleatorios se emplearon base datos de la web confiables como Brain, PubMed, Web of Science, entre otros. Se realizaron 10 estudios, los cuales todos los ensayos controlados y aleatorios. Según los estudios individuales, la intervención logra mejorar la clínica, aportando bienestar al paciente y mejorando las distintas medidas de resultado analizado. La terapia manual logra efectos positivos sobre la intensidad y la frecuencia del dolor, la discapacidad, el impacto, la calidad de vida.

Chejne et al²⁵, 2017, realizó en México un estudio titulado Manejo intervencionista en cefaleas, este estudio abierto no aleatorio incluyó un total de 106 pacientes. De estos 106, 77 pacientes fueron clasificados como verdaderos migrañosos y recibieron tratamiento profiláctico con toxina botulínica, un total de 51% de los pacientes clasificados con migraña informaron respuesta completa y 28% una respuesta parcial. Días de cefalea mensual, días de migraña, días con náuseas/vómitos y días con la ingesta de medicación para el dolor se redujeron significativamente después del primer tratamiento y este efecto fue estable a lo largo de seis meses. Se concluye tratamientos medicinales y no farmacológicos actuales para la migraña y cefalea son a menudo inadecuados para prevenir y abortar eficaz y sistemáticamente la migraña y cefaleas.

Melean et al²⁶, 2024, realizó en Caracas Venezuela un estudio titulado Caracterización clínica de la cefalea en adultos asistentes a consulta general en Municipio Chacao, este estudio fue multicéntrico de tipo descriptivo, observacional, de campo, de corte transversal.

En dicho estudio se aplicaron cuestionarios a 34 pacientes, validados para estudiar cefalea primaria y sobreuso de medicamentos registrándose las respuestas según criterios de la Internacional Classification of Headache Disorders (ICHD). De los 34 pacientes 1 presentó sintomatología de cefalea secundaria a trastorno cervical y fue excluido del análisis y de los 33 pacientes entrevistados, la muestra conformada por 6 hombres y 27 mujeres con un rango de edad de 18 a 86 años. Se obtuvo como conclusión que hay una mayor prevalencia de cefaleas tipo migraña, sobre todo en pacientes femeninos y de forma significativa en grupo de población en edad productiva. Por lo que nos brindaría información relevante a nuestra investigación en cuanto a los tipos de cefalea y el uso de los medicamentos utilizados por los pacientes que participaron en el estudio.

Vázquez et al²⁷, realizó en España una revisión titulada Análisis de la efectividad de la técnica de punción seca en cefaleas: revisión sistémica, este fue una revisión sistémica de ensayos aleatorio sobre cefalea. Se realizaron 136 estudios, los cuales se seleccionaron 8 ensayos publicados entre 1994 y 2019, incluyendo un total de 577 pacientes. Dos estudios evaluaron pacientes con cefalea cervicogénica, otros 2, pacientes con cefalea tensional, y otro, pacientes con migraña. Los otros 3 estudios evaluaron pacientes con cefalea de características mixtas (tensional/mixta). Llegando como conclusión que la punción seca es una técnica a considerar para el tratamiento de las cefaleas en la consulta, pudiendo utilizarse de forma rutinaria, bien forma aislada, bien en combinación con terapias farmacológicas. Lo que nos aportara a la investigación una manera nueva de tratamiento para la cefalea, como una segunda alternativa para mejorar esta patología.

García et al²⁸, realizó en Concepción Chile un estudio titulado Estrategias de afrontamiento, estrés percibido y bienestar psicológico en individuos con cefalea primaria, este estudio fue de tipo descriptivo y correlacional, y los datos fueron tomados en un solo corte temporal, lo que responde a un estudio transversal. Se realizó un conteo de 150 participantes, 135 mujeres (90%) y 15 hombres (10%), con promedio de edad correspondiente a 44 años. El 69% de los participantes presentaban cefalea tensional y el 29% migraña y solo 1% presentó cefalea en brotes. Como criterio de inclusión se consideró que los pacientes hubieran padecido de algún tipo de episodio de cefaleas en los últimos seis

meses. Se llega a la conclusión que se destaca las correlaciones señaladas son significativas, de acuerdo con los criterios establecidos en el presente estudio, la única correlación de relevancia es la que ocurre entre el estrés percibido y la negación, por otro lado, destaca la correlación obtenida entre el bienestar y el estrés percibido que fue negativa.

Rodríguez H. et al²⁹, realizó en Cuba una revisión bibliográfica titulada Cefalea y medicina natural y tradicional, dicha información se basó en varias bases de datos bibliográficas, que proporciona la biblioteca virtual de salud, por la red telemática de salud e Cuba INFOMED, entre ellas CUMED, LILACS, SciELO, BIREME. Realizaron una compilación sobre los tratamientos más usados en la medicina natural y tradicional para la cefalea. Se hace necesario conocer los posibles tratamientos que se usan en medicina natural y tradicional para la cefalea y así poder darles otra opción a nuestros pacientes. Basándose en las conclusiones de esta investigación es importante conocer nuestras opciones de tratamientos, ya que podría ayudar a los tratamientos farmacológicos acompañarse de una medicina alternativa.

CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO

2.1 Farmacia

El termino farmacia lo conocemos como la relación del medicamento con el entorno científico, fisiopatológico, fisiopatológico, farmacológico, tecnológico y económico. Esta es una práctica que abarca una gran cantidad de materias y la misma necesita nutrirse de todas. Se han utilizado a lo largo de la historia de la farmacia numerosas plantas, animales y minerales para tratar diferentes enfermedades. Para ello se ha dotado a las distintas especies de una forma farmacéutica generando lo que se conoce como medicamento. La fabricación de productos sanitarios y medicamentos a gran escala han sido posibles, gracias a los numerosos avances tecnológicos³⁰.

Como veremos la religión y la magia estaban muy ligadas a la curación de las enfermedades. Existía el conflicto acerca de las causas de la enfermedad, siendo el pecado el principal protagonista. Esto hizo que en muchas etapas de la historia la medicina/farmacia no pudiera avanzar. Se ha comparado muchas de las técnicas emplean en otros tiempos con la sociedad actual, para así poder visualizar de manera sencilla cuales han sido los cambios producidos³⁰.

La farmacia de comunidad en Costa Rica es una parte fundamental del sistema sanitario y es considerada un centro de atención primaria. Dependiendo de su fuente de financiamiento, esta puede ser: publica (pata el caso de las farmacias de la Caja Costarricense del Seguro Social) o privada¹.

Toda la farmacia comunitaria costarricense se encuentra bajo la responsabilidad de un regente farmacéutico, durante todo el horario de atención, como responsable técnico científico del establecimiento por legislación nacional. El farmacéutico comunitario, tradicionalmente, se ha caracterizado por ofrecer servicios profesionales farmacéuticos asistenciales, tanto servicios de atención farmacéutica como servicios relacionados con la salud comunitaria desde la farmacia comunitaria¹.

Dentro de la carrera de servicios que oferta en la farmacia comunitaria costarricense de tipo privado y bajo la responsabilidad del farmacéutico comunitario destacan: la dispensación de medicamentos, la indicación farmacéutica, la farmacovigilancia, la información de medicamentos, la medición ambulatoria de la tensión arterial, actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como la administración de medicamentos inyectables, incluyendo servicios inmunización¹.

Dentro de la historia, el servicio de administración de medicamentos inyectables como el servicio de Atención Farmacéutica, es demandado por los usuarios (pacientes o cuidadores). Este puede ser derivado a partir del servicio de indicación farmacéutica o del servicio de dispensación de medicamentos con receta¹.

Para la ejecución de este servicio profesional en Costa Rica se respalda en la siguiente legislación nacional: Ley General de Salud N°31969-S y Reglamento sobre la gestión de los derechos infecto-contagiosos que generan en establecimientos que presten atención la salud y afines N°30965-S¹.

Por otra parte, dado que la legislación costarricense no ha definido cuales medicamentos se pueden dispensar en el servicio de indicación farmacéutica, históricamente, el farmacéutico costarricense ha optado, en la práctica, por indicar y dispensar medicamentos de prescripción (incluidos medicamentos inyectables) y de venta libre, según su criterio profesional. Es importante mencionar que los medicamentos inyectables para efectos legales en Costa Rica son medicamentos de prescripción¹.

2.2 Atención farmacéutica en Costa Rica

Si bien se sabe 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 farmacéutico¹.

Se ha demostrado por medio de evidencias, y mediante un adecuado acompañamiento por parte de del farmacéutico, se pueden reducir el incremento a las visitas a urgencias relacionados con el uso inadecuado de los medicamentos, así como el aumento de ingresos hospitalarios debido a resultados no adecuados al objetivo de la farmacoterapia¹.

Frecuentemente hay estudios que revelan que la satisfacción de los usuarios es importante para la evaluación de los servicios de salud, conocer la percepción de los usuarios contribuyen a un avance en los servicios de farmacia en el país. Lo que ayudaría a los farmacéuticos, a las organizaciones y a los organismos reguladores a modificar el alcance y la calidad de los servicios presentados en función de las necesidades y opiniones del usuario, permitiendo conocer las áreas para mejorar la relación usuario y farmacéutico¹.

Se sabe que en Costa Rica 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 privado¹.

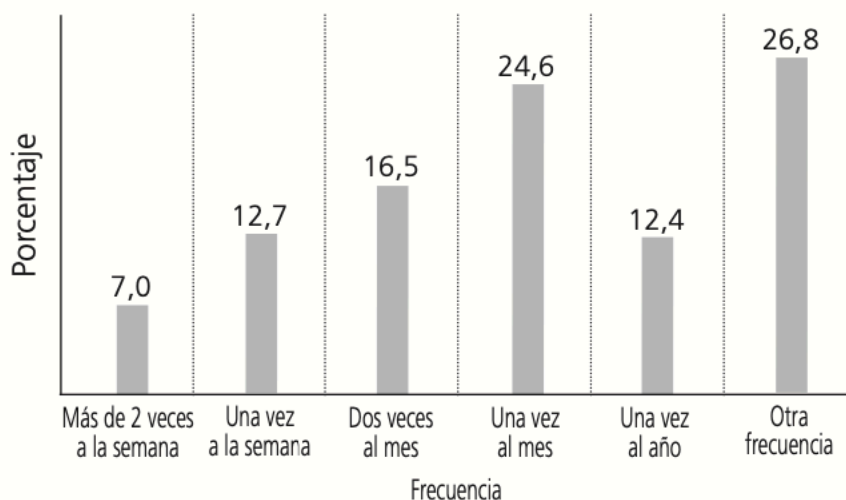
Actualmente se encuentra una de las barreras más importante que implementa un servicio de Atención Farmacéutica en el contexto de las farmacias de comunidad privadas, es la poca demanda de estos servicios por parte de los usuarios debido fundamentalmente a que la población desconoce la existencia de dichos servicios y por tanto, no esperan recibir este servicio¹.

Por otro lado, otra barrera identificada es que no existe un modelo de compensación económica por la oferta de estos servicios, por lo que los mismos se asumen dentro de las funciones de la regencia. Esto dificulta el reconocimiento social de los mismos por parte de empleadores y usuarios de las farmacias privadas de comunidad¹.

Actualmente en Costa Rica los servicios farmacéuticos 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 en 82,2% de estas y el despacho de psicotrópicos y estupefacientes se realizan en un 91,9% y un 34,4% respectivamente¹.

Figura 1. Distribución de la frecuencia en la que asisten los usuarios a las farmacias privadas de comunidad.



Fuente: tomada de la referencia bibliográfica¹.

En la figura anterior muestra la distribución porcentual de la frecuencia con la que los usuarios asisten a las farmacias privadas en busca de atención farmacéutica. La categoría con mayor porcentaje es "Otra frecuencia", representando un 26,8% de los casos, seguida de "Una vez al mes", que abarca el 24,6%. Las frecuencias de "Dos veces al mes" y "Una vez a la semana" tienen porcentajes de 16,5% y 12,7%, respectivamente. Por otro lado, el 12,4% de las personas experimentan el evento "Una vez al año", mientras que un 7% lo experimenta "Más de 2 veces a la semana". Estos datos permiten observar la variabilidad en la frecuencia del evento y pueden ser utilizados para entender mejor su patrón de ocurrencia en la población estudiada.

En la figura anterior muestra la distribución porcentual de la frecuencia con la que los usuarios asisten a las farmacias privadas en busca de atención farmacéutica. La categoría con

mayor porcentaje es "Otra frecuencia", representando un 26,8% de los casos, seguida de "Una vez al mes", que abarca el 24,6%. Las frecuencias de "Dos veces al mes" y "Una vez a la semana" tienen porcentajes de 16,5% y 12,7%, respectivamente. Por otro lado, el 12,4% de las personas experimentan el evento "Una vez al año", mientras que un 7% lo experimenta "Más de 2 veces a la semana". Estos datos permiten observar la variabilidad en la frecuencia del evento y pueden ser utilizados para entender mejor su patrón de ocurrencia en la población estudiada.

El servicio farmacéutico demuestra mejorar la calidad de vida del usuario, al favorecer el conocimiento de la enfermedad y de los medicamentos que se consumen para tratar las afectaciones de la persona. El uso adecuado de los medicamentos genera ahorros para el sistema de salud y el consumidor, y facilitan la colaboración interprofesional. Cuando la farmacia presta a los usuarios servicio 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. Lo que generara una diferencia significativamente de otros establecimientos farmacéuticos; que simplemente despachan medicamentos a solicitud del usuario¹.

Dentro de los factores que vale resaltar y que son importantes es cuando se le brinda atención al usuario en una farmacia es la confianza que la persona le tenga al profesional farmacéutico¹.

A pesar de que el médico representa al profesional de preferencia en el momento de aclarar dudas sobre los medicamentos, los estudios indican que las farmacias de comunidad continua sienten los lugares de más fácil acceso para la búsqueda de orientación sobre los mismo, debido a la confianza que tienen en el farmacéutico, a las dificultades de comunicación con el médico y a un ahorro de tiempo¹.

2.3 Regente Farmacéutico

El profesional que, de conformidad con la ley y los reglamentos respectivos, asume la dirección técnica y científica de cualquier establecimiento farmacéutico. Tal regente es

responsable de cuanto afecte la identidad, pureza y buen estado de los medicamentos que se elaboren, preparen, manipulen, mantengan y se suministren, así como de la contravención a las disposiciones legales y reglamentarias que se deriven de la operación de los establecimientos⁸.

La responsabilidad del farmacéutico es colaborar a mejorar la salud y calidad de vida de sus pacientes y proteger su derecho a la prevención y diagnóstico de enfermedades, así como a recibir tratamientos terapéuticos eficaces y seguros. Tanto el titular, regente y auxiliar de una farmacia deben velar por la seguridad de sus pacientes, lo que acarrea una responsabilidad legal³.

Tanto farmacéuticos como técnicos de farmacia están comprometidos legalmente a asegurar la correcta correspondencia entre el medicamento que dispensa y prescrito por el médico. Se puede incurrir en varios errores dentro de la elaboración, conservación, dispensación y administración de medicamentos³.

Dentro de las responsabilidades a cargo del regente según el colegio de farmacéuticos podemos mencionar algunas⁸.

1. Cumplir con el horario de regencia aprobado por la Junta Directiva del Colegio.
2. No permitir la operación del establecimiento fuera del horario aprobado por la Junta Directiva.
3. Supervisar y coordinar que los desechos infecto-contagiosos y punzocortantes sean dispuestos de manera adecuada según la legislación vigente.
4. Respetar la autonomía y dignidad del paciente y proteger el derecho de este a la confidencialidad de sus datos, salvo en el caso de que lleguen a ser requeridos por la ley o la autoridad competente.
5. Coordinar la disposición final de los medicamentos y [materias primas (si aplica)] no utilizables, según las disposiciones reglamentarias en la materia.
6. Reportar al Colegio o al Ministerio, según corresponda, cualquier anomalía e irregularidad que se presente en el establecimiento, en materia de su competencia.

7. Reportar al Colegio o al Ministerio, según corresponda, cualquier anomalía e irregularidad que se presente en el establecimiento, en materia de su competencia.
8. No debe permitir que personas ajenas a la profesión, invadan funciones que son exclusivamente del farmacéutico.
9. Informar a la fiscalía, con al menos dos semanas de anticipación, en caso de renuncia a su cargo de regente farmacéutico de la Farmacia.
10. Cuando el regente debe ausentarse temporalmente de su cargo, ya sea por vacaciones o por cualquier motivo justo, informará por escrito previamente a la Fiscalía del Colegio
11. Reportar al Ministerio de Salud las sospechas de eventos adversos a medicamentos que se presenten o de las que tenga conocimiento durante su práctica profesional, utilizando los formularios o vías oficiales para realizar los reportes.
12. Acatar todas las disposiciones que establece la Ley General de Salud, los reglamentos y los acuerdos de la Junta Directiva del Colegio para la regencia de la Farmacia.
13. Es responsable ante el Ministerio y el Colegio de que el establecimiento farmacéutico bajo su regencia cumpla con las leyes y reglamentos de la materia.
14. Trabajar en colaboración con los demás profesionales sanitarios, tanto en la prevención de enfermedades como en la promoción de la salud y educación al paciente.
15. No se despacharán recetas ni se expenderán medicamentos (excepto aquellos declarados de venta popular), en ausencia del regente farmacéutico o del farmacéutico sustituto⁸.

2.4 Perfil del regente farmacéutico

El licenciado en farmacia es un profesional clave en el ámbito de la salud, especializado no solo en medicamentos para uso humano y veterinario, sino también en otros productos que tienen relevancia sanitaria, como cosméticos, productos naturales, equipo y material biomédico, y artículos farmacopeicos. Este profesional tiene una formación que le permite ofrecer una amplia gama de servicios farmacéuticos, incluyendo la indicación, dispensación, aplicación, evaluación y optimización del uso de estos productos⁸.

Además, el licenciado en farmacia no solo es un miembro esencial del equipo de salud, sino que también desempeña roles importantes como tomador de decisiones, comunicador, líder, administrador, y educador. Su compromiso con la investigación, la calidad y la excelencia profesional es crucial, y esto se refleja en su participación activa en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades⁸.

Este profesional se guía por altos valores éticos y humanistas, lo que lo convierte en un defensor de la salud pública, siempre enfocado en mantener y mejorar la salud de la población mediante su labor diaria. Su dedicación al aprendizaje continuo y su capacidad para enseñar y liderar son fundamentales para el desarrollo de su profesión y para el bienestar de la comunidad⁸.

El perfil académico profesional del farmacéutico costarricense le permite desempeñarse en las diferentes áreas como lo son la Farmacia Industrial, Farmacia Asistencial, Regulación y Política Farmacéutica⁸.

Por lo tanto, el regente farmacéutico para ejercer la profesión farmacéutica se debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Contar con título de Licenciatura en Farmacia⁸.
- Estar debidamente incorporado en el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica⁸.
- Encontrarse activo y al día con sus obligaciones ante este Colegio Profesional⁸.
- No encontrarse suspendido del ejercicio profesional debido a sanciones disciplinarias⁸.

2.5 Rol del regente farmacéutico

En Costa Rica, el regente farmacéutico tiene un rol crucial en la gestión y operación de establecimientos farmacéuticos⁸.

Las responsabilidades de un regente farmacéutico según Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica incluyen⁸:

- Supervisión y Dirección Técnica: El regente es responsable de la supervisión y dirección técnica de todas las actividades relacionadas con la farmacia. Esto incluye la dispensación de medicamentos, el manejo de productos farmacéuticos, y la garantía de que todos los procedimientos se realicen conforme a la normativa vigente.
- Cumplimiento Normativo: Asegura que la farmacia cumpla con todas las regulaciones y leyes aplicables, incluyendo la correcta conservación de medicamentos, la disposición de medicamentos vencidos, y el cumplimiento de las recetas médicas.
- Control de Calidad: Es responsable de implementar y mantener sistemas de control de calidad en todos los procesos, garantizando que los productos dispensados sean seguros, eficaces y de calidad.
- Asesoramiento al Personal: Proporciona orientación y formación continua al personal de la farmacia, asegurando que todos los miembros del equipo conozcan y apliquen las normativas y buenas prácticas farmacéuticas.
- Dispensación de Medicamentos: Aunque el regente puede delegar ciertas funciones, sigue siendo responsable de la correcta dispensación de medicamentos y debe estar presente en la farmacia durante las horas de operación o asegurarse de que esté otro farmacéutico calificado.
- Relaciones con Entidades Externas: Actúa como enlace con las autoridades sanitarias y otras entidades externas, como proveedores y laboratorios, para asegurar la disponibilidad y el manejo adecuado de los productos farmacéuticos.
- Registro y Documentación: Es responsable de mantener los registros adecuados, incluyendo la entrada y salida de medicamentos controlados, y garantizar que toda la documentación esté al día y disponible para las inspecciones.
- Gestión de Riesgos: Identifica y gestiona posibles riesgos asociados a la farmacia, implementando medidas correctivas cuando sea necesario.
- Educación al Paciente: Asegura que los pacientes reciban la información necesaria sobre el uso correcto de los medicamentos, posibles efectos secundarios y otras consideraciones relevantes para su tratamiento.

El regente farmacéutico es fundamental para garantizar que la farmacia opere de manera segura, ética y conforme a las normativas, protegiendo así la salud pública⁸.

2.6 Farmacia comunitaria

La farmacia comunitaria es un punto de apoyo del paciente desde el primero y hasta el último peldaño del circuito asistencial.

El farmacéutico tiene conocimientos académicos necesarios y está muy bien situado para contribuir en el problema de la adherencia. Conoce personalmente a sus pacientes, su farmacoterapia (tanto la prescrita desde el sistema sanitario público o privado, como la que el paciente toma sin prescripción médica) y en su mayoría de los casos también conoce su entorno social y familiar³¹.

Además, es un vínculo sanitario más cercano a su domicilio, disponible sin previa, 24 horas al día, 365 días al año. Mencionado todo lo anterior la farmacia es uno de los pilares del ámbito sanitario y pieza clave en la monitorización de la adherencia terapéutica del paciente crónico polimedicado, pues es el último y, en ciertos casos, el primer eslabón de la cadena sanitaria antes de que el paciente reciba el medicamento³¹.

2.7 Actividades y responsabilidades que realiza el regente en farmacias comunitarias

El regente es responsable de cuanto afecte la identidad, pureza y buen estado de los medicamentos que se elaboren, manipulen, mantengan y se suministren, así como de la contravención a las disponibilidades legales y reglamentarias que se derivan de la operación de los establecimientos farmacéuticos⁸.

Por lo que el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica pone a disposición de todos los profesionales farmacéuticos el formato para la elaboración del procedimiento de funciones y responsabilidades de puestos en farmacia, con el propósito de brindar una herramienta y guía clara para contar con un Procedimiento de funciones y responsabilidades de puestos en farmacia, que incluyan los requisitos técnicos y profesionales necesarios para el

cumplimiento de lo indicado en el inciso 4.6.7 de la Norma para la habilitación de Farmacias, Decreto Ejecutivo N°31969-S⁸.

Dentro de las funciones que el regente tiene a cargo podemos mencionar las siguientes⁸:

1. Es la única persona autorizada para el despacho de recetas.
2. Cumplir con el horario de regencia aprobado por la Junta Directiva del Colegio.
3. Supervisar los inventarios y mantener los controles requeridos para el buen servicio en la farmacia.
4. Supervisar y coordinar que los desechos infecto-contagiosos y punzocortantes sean dispuestos de manera adecuada según la legislación vigente.
5. Supervisar que todo producto que se venda a granel (envase no original) vaya debidamente rotulado.
6. Informar a la fiscalía, con al menos dos semanas de anticipación, en caso de renuncia a su cargo de regente farmacéutico de la Farmacia.
7. Garantizar que los estupefacientes, psicotrópicos y cualquier otro producto de prescripción restringida sea despachado de acuerdo con la legislación vigente.
8. Conservar las recetas originales despachadas en la farmacia, debidamente firmadas por el regente que las despachó, con el código del regente y fecha de despacho; llevando el archivo correspondiente y entregar una copia fiel sellada y firmada sin costo adicional, a solicitud del paciente.
9. Ofrecer al paciente un producto con equivalencia terapéutica al prescrito en la receta, cuando lo hubiere, salvo que el prescriptor indique lo contrario en la receta.
10. Llevar a cabo las actividades de atención farmacéutica y seguimiento fármaco-terapéutico.
11. Velar por mantener, dentro de las posibilidades de la Farmacia, un surtido de productos necesarios para elaborar fórmulas magistrales
12. Custodiar que el uso de los medicamentos disponibles en la Farmacia, se realice de forma efectiva, segura y eficiente.
13. Capacitar y sensibilizar al personal a su cargo en temas fármaco-técnicos.
14. No debe permitir que personas ajenas a la profesión, invadan funciones que son exclusivamente del farmacéutico.

15. Debe permitir la entrada del funcionario del Departamento de Fiscalía, debidamente identificado, para el cumplimiento de sus funciones, así como cualquier autoridad de gobierno.
16. Reportar al Colegio cualquier anomalía e irregularidad que se presente en establecimiento, en materia de su competencia.
17. En el ámbito comunitario privado, donde se realizan algunas intervenciones profesionales; se deberá indicar que son competencias únicas y exclusivas del regente farmacéutico, las siguientes:
 - Aplicación de inyectables y vacunas
 - Medición de la presión arterial⁸.

2.8 Consulta farmacéutica

La consulta farmacéutica es un servicio clave que brinda el farmacéutico, centrado en ofrecer asesoramiento personalizado a los pacientes sobre el uso adecuado de los medicamentos, con el fin de optimizar su efectividad y minimizar los riesgos asociados a su uso. Este servicio incluye la evaluación de la farmacoterapia, la identificación de posibles interacciones, y la educación al paciente sobre el régimen terapéutico, la adherencia al tratamiento y las medidas preventivas⁸.

El Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica⁸, 2020 menciona los aspectos clave de la Consulta Farmacéutica:

- Evaluación del Tratamiento: El farmacéutico revisa el tratamiento prescrito para asegurarse de que sea el más adecuado según las condiciones del paciente, considerando factores como dosis, frecuencia y duración⁸.
- Detección de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM): El farmacéutico identifica y resuelve cualquier problema relacionado con la farmacoterapia, como efectos adversos, interacciones medicamentosas, o falta de adherencia⁸.
- Educación al Paciente: Se proporciona información detallada sobre cómo tomar los medicamentos, qué hacer en caso de olvidar una dosis, y las señales de alerta ante posibles efectos secundarios⁸.

- Seguimiento Farmacoterapéutico: El farmacéutico realiza un seguimiento del paciente para evaluar la efectividad del tratamiento y ajustar las recomendaciones según sea necesario⁸.
- Promoción de la Salud: Además de los medicamentos, el farmacéutico también asesora sobre hábitos de vida saludable, prevención de enfermedades y el uso adecuado de productos de venta libre⁸.

2.9 Atención farmacéutica en Costa Rica

Si bien se sabe 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 farmacéutico¹.

Se ha demostrado por medio de evidencias, y mediante un adecuado acompañamiento por parte de del farmacéutico, se pueden reducir el incremento a las visitas a urgencias relacionados con el uso inadecuado de los medicamentos, así como el aumento de ingresos hospitalarios debido a resultados no adecuados al objetivo de la farmacoterapia¹.

Frecuentemente hay estudios que revelan que la satisfacción de los usuarios es importante para la evaluación de los servicios de salud, conocer la percepción de los usuarios contribuyen a un avance en los servicios de farmacia en el país. Lo que ayudaría a los farmacéuticos, a las organizaciones y a los organismos reguladores a modificar el alcance y la calidad de los servicios presentados en función de las necesidades y opiniones del usuario, permitiendo conocer las áreas para mejorar la relación usuario y farmacéutico¹.

Se sabe que en Costa Rica 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 privado¹.

Actualmente se encuentra una de las barreras más importante que implementa un servicio de Atención Farmacéutica en el contexto de las farmacias de comunidad privadas, es la poca demanda de estos servicios por parte de los usuarios debido fundamentalmente a que la población desconoce la existencia de dichos servicios y por tanto, no esperan recibir este servicio¹.

Por otro lado, otra barrera identificada es que no existe un modelo de compensación económica por la oferta de estos servicios, por lo que los mismos se asumen dentro de las funciones de la regencia. Esto dificulta el reconocimiento social de los mismos por parte de empleadores y usuarios de las farmacias privadas de comunidad¹.

Actualmente en Costa Rica los servicios farmacéuticos de Atención Farmacéutica han ido cambiando, estandarizándose primer 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 de vacunas estuvo en 82,2% de estas y el despacho de psicotrópicos y estupefacientes se realizan en un 91,9% y un 34,4% respectivamente¹.

El servicio farmacéutico demuestra mejorar la calidad de vida del usuario, al favorecer el conocimiento de la enfermedad y de los medicamentos que se consumen para tratar las afectaciones de la persona. El uso adecuado de los medicamentos genera ahorros para el sistema de salud y el consumidor, y facilitan la colaboración interprofesional. Cuando la farmacia presta a los usuarios servicio 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. Lo que generara una diferencia significativamente de otros establecimientos farmacéuticos; que simplemente despachan medicamentos a solicitud del usuario¹.

A pesar de que el medico representa al profesional de preferencia en el momento de aclarar dudas sobre los medicamentos, los estudios indican que las farmacias de comunidad

continúa siendo los lugares de más fácil acceso para la búsqueda de orientación sobre los mismos, debido a la confianza que tienen en el farmacéutico, a las dificultades de comunicación con el médico y a un ahorro de tiempo¹.

2.10 Cefalea

La cefalea, o dolor de cabeza, es uno de los motivos más comunes de consulta médica, y a nivel global, es una causa significativa de discapacidad, superando a otros trastornos neurológicos. Para su diagnóstico y tratamiento, es esencial aplicar estrategias clínicas detalladas que se apoyen en un sólido entendimiento de la anatomía, fisiología y farmacología de las vías del sistema nervioso implicadas en los diferentes tipos de síndromes de cefalea. Este enfoque permite al médico identificar correctamente el tipo de cefalea y seleccionar el tratamiento más adecuado para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente³².

La International Headache Society ha establecido un sistema de clasificación que distingue entre cefaleas primarias y secundarias. Las cefaleas primarias son aquellas en las que el dolor y sus síntomas asociados constituyen la enfermedad en sí, sin estar provocadas por otro trastorno subyacente. Ejemplos de cefaleas primarias incluyen la migraña, la cefalea tensional y la cefalea en racimos. Estas pueden causar una gran discapacidad y afectar gravemente la calidad de vida del paciente³².

Por otro lado, las cefaleas secundarias son aquellas provocadas por factores externos o trastornos subyacentes, como infecciones, traumatismos, o problemas vasculares. Aunque la forma leve o benigna de cefalea secundaria, como la que aparece con infecciones respiratorias superiores, es común y generalmente no preocupante, existen casos raros de cefaleas secundarias asociadas a condiciones graves que ponen en peligro la vida del paciente. En estos casos, es fundamental un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar complicaciones serias³².

2.10.1 Epidemiología de la cefalea

El estudio epidemiológico de las cefaleas, particularmente de las cefaleas primarias, enfrenta numerosos desafíos metodológicos. Una de las principales dificultades radica en la ausencia de marcadores biológicos o de neuroimagen que permitan diferenciar las distintas entidades clínicas. Debido a esto, el diagnóstico de las cefaleas primarias sigue siendo puramente clínico. Además, estas cefaleas suelen presentarse de manera transitoria y episódica, con manifestaciones variables, lo que complica aún más su estudio³³.

Otro factor que añade complejidad es la falta de conocimiento sobre la historia natural de las cefaleas primarias. Aunque se han realizado algunos avances en estudios poblacionales, aún se sabe poco sobre su evolución a largo plazo. A esto se suman problemas relacionados con los métodos de recolección de datos, como el tipo de entrevista utilizada y el período considerado para evaluar la prevalencia de la cefalea³³.

Hasta la publicación de la primera clasificación por la International Headache Society, no existían criterios diagnósticos comunes para estas cefaleas, lo que dificultaba la comparación de estudios entre diferentes poblaciones. Aunque la clasificación de la International Headache Society permitió avances significativos, facilitando estudios epidemiológicos más consistentes, especialmente en el caso de la migraña, los cuestionarios basados en estos criterios todavía presentan limitaciones en términos de sensibilidad y especificidad, especialmente cuando son completados por pacientes o entrevistadores sin formación especializada³³.

En el año 2004, se publicó una segunda edición de la clasificación de la International Headache Society, que introdujo pocos cambios en la clasificación de las cefaleas primarias, salvo en el caso de la migraña crónica, que fue considerada como una complicación de la migraña. Los estudios posteriores no encontraron diferencias significativas en la prevalencia de las cefaleas primarias. Sin embargo, sí se introdujeron cambios más importantes en la clasificación de las cefaleas secundarias, aunque la falta de datos epidemiológicos en este grupo impide establecer comparaciones significativas³³.

La tercera edición de la clasificación (ICHD-III), publicada en 2018, reconoció la migraña crónica como una entidad diferenciada dentro de la migraña. No obstante, la definición de la migraña crónica no ha cambiado lo suficiente como para alterar su epidemiología, y no se han generado nuevos datos epidemiológicos desde la publicación de esta última revisión³³.

2.10.2 Fisiopatología del dolor por cefalea

Las cefaleas y las algias craneales ocurren al estímulo de las terminaciones libres y los receptores sensibles en numerosas estructuras del cráneo y la cara. Las estructuras craneofaciales por encima del tentorio están inervadas por el V par craneal, y las situadas por debajo lo están por los pares craneales IX y X y los tres primeros nervios cervicales. Los estímulos físicos (tracción, compresión, dilatación) y químicos (mediadores de la inflamación, sangre, etc.) provocan dolor cuando tienen la suficiente intensidad para ello³⁴.

La fuente del dolor de cabeza no es distinta de cualquier otro dolor en el cuerpo, es decir, la estimulación de receptores nociceptivos y su transmisión al sistema nervioso central (SNC), y eso explica fácilmente el dolor de las cefaleas secundarias a un proceso patológico, como una hemorragia, una meningitis o un proceso expansivo que estimula las estructuras sensibles al dolor. Es más difícil comprender la fisiopatología de las cefaleas primarias, en las que no existe una lesión que explique la génesis del dolor; sin embargo, son de gran intensidad y recurrentes³⁴.

Se piensa que en las cefaleas primarias existe una alteración en la modulación central del dolor, la cual comprende conexiones entre el hipotálamo y varios núcleos del tronco cerebral con neuronas serotoninérgicas y adrenérgicas. Una disfunción del hipotálamo, el reloj biológico que regula la mayoría de los ciclos o biorritmos, podría ser la responsable de la recurrencia y periodicidad de ciertas cefaleas primarias, y eso está demostrado para la cefalea en racimos³⁴.

En las cefaleas secundarias están asociadas a un proceso patológico, como hemorragias, meningitis, o tumores, que estimulan directamente las estructuras sensibles al dolor en el cráneo. El dolor se origina por la estimulación de nociceptores y su transmisión

al sistema nervioso central. En este tipo de cefaleas la activación del sistema trigeminovascular y la participación de receptores serotoninérgicos son fundamentales³⁴.

2.10.3 Causas de cefalea

Las cefaleas pueden ser causadas por una variedad de factores que incluyen tanto condiciones médicas subyacentes como desencadenantes externos. A continuación, se presentan algunas de las causas más comunes de la cefalea, respaldadas por investigaciones recientes:

- **Temperatura ambiental:** Un estudio reciente ha demostrado que las personas con migraña pueden experimentar un aumento en la frecuencia de las cefaleas en días más cálidos. Se encontró que por cada aumento de 10 grados Fahrenheit en la temperatura diaria, hubo un incremento del 6% en la ocurrencia de cefaleas, lo que sugiere una relación entre el cambio climático y la aparición de cefaleas, especialmente en personas con predisposición a la migraña³⁵.
- **Factores neuroquímicos:** La investigación también ha mostrado que la actividad de ciertos péptidos en el cerebro, como el CGRP (péptido relacionado con el gen de la calcitonina), está relacionada con la aparición de migrañas. Los tratamientos recientes que bloquean este péptido han demostrado ser efectivos para reducir las migrañas provocadas por factores como los cambios de temperatura³⁵.

Las cefaleas, y en particular las migrañas, pueden ser desencadenadas por una compleja interacción de factores tanto externos como internos, que van desde cambios en la temperatura ambiental hasta desequilibrios neuroquímicos en el cerebro. La evidencia reciente subraya la importancia de considerar estos factores en el manejo y tratamiento de las cefaleas. A medida que la investigación continúa avanzando, es fundamental seguir explorando cómo los cambios ambientales y los mecanismos neurobiológicos pueden influir en la aparición de cefaleas, con el fin de desarrollar estrategias más eficaces y personalizadas para su prevención y tratamiento.

2.10.4 Síntomas de cefalea

La cefalea es un síntoma extremadamente común, tanto que prácticamente todas las personas experimentan algún episodio a lo largo de su vida. Este síntoma no solo es un problema clínico, sino que también tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las personas afectadas, estas generan muchas veces un impactante deterioro en la calidad de vida, con impacto en gastos médicos, pérdidas de horas laborales o escolares, compromiso de la vida social y familiar. Por eso la Organización Mundial de la Salud clasificó la migraña, una cefalea más frecuente, dentro de las 20 enfermedades más incapacitantes³⁵.

La cefalea aguda, intensas o de reciente aparición son más propensas a estar relacionadas con trastornos intracraneales en comparación con las cefaleas crónicas. Estas últimas pueden ser primarias o secundarias a otras patologías. Entre la primaria o secundarias a otras patologías. Entre las cefaleas primarias más comunes se encuentra la migraña, la cefalea tensional y la cefalea en racimos³⁷.

Las cefaleas secundarias pueden deberse a diversas afectaciones, como lesiones intracraneales, traumatismos craneoencefálicos, espondilosis cervical, problemas dentales u oculares, disfunciones de la articulación temporomandibular, sinusitis, hipertensión, depresión y otros trastornos médicos generales. La mayoría de los casos de cefalea no hay lesión estructural subyacente, es crucial considerar esta posibilidad, ya que aproximadamente el 30% de los pacientes con tumores cerebrales presentan cefaleas como síntoma inicial³⁷.

La intensidad, las características, la localización del dolor, su duración y la presencia de otros síntomas neurológicos son claves para identificar la causa primaria. En el caso de la migraña, por ejemplo, suele describirse como un dolor pulsátil; la cefalea tensional, como una sensación de presión o tensión; y la cefalea en racimos, como un dolor punzante en la región ocular o periorbitaria³⁷.

Es fundamental investigar los factores desencadenantes, que pueden incluir infecciones recientes, intervenciones dentales, lesiones craneoencefálicas, o condiciones como la apnea del sueño. La migraña, por su parte, puede verse agravada por el estrés, la fatiga, ciertos alimentos, o cambios hormonales. Además, los síntomas asociados como

náuseas, fotofobia, sonofobia y la necesidad de retirarse a un ambiente tranquilo, son característicos de la migraña. La cefalea en racimos, en cambio, puede estar acompañada de ansiedad y agitación³⁷.

La aparición temporal de los síntomas también es reveladora: las cefaleas suelen ser más intensas al despertar en pacientes con masas intracraneales o apnea del sueño, mientras que las cefaleas en racimos tienden a ocurrir a la misma hora cada día o durante la noche. Las cefaleas tensionales generalmente empeoran con el estrés o al final del día. Cada uno de estos elementos clínicos y circunstanciales proporciona pistas vitales para llegar a un diagnóstico preciso y, por ende, a un tratamiento adecuado³⁷.

La cefalea es un síntoma común con diversas causas, que reconociendo la gravedad del impacto de las cefaleas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a la migraña como una de las 20 enfermedades más incapacitantes a nivel global³⁵. Se caracteriza por un dolor de cabeza severo, a menudo unilateral, que puede durar de 4 a 72 horas. Los desencadenantes incluyen factores ambientales (como cambios en la temperatura), estrés, ciertos alimentos, y cambios hormonales. Según un estudio reciente, el aumento de la temperatura diaria se asocia con un incremento en la frecuencia de las migrañas, subrayando la sensibilidad de estos pacientes a los cambios climáticos³⁶.

En la cefalea tipo tensional la sintomatología se describe como una sensación de presión o tensión alrededor de la cabeza. Factores como el estrés emocional, la fatiga, y la postura inadecuada son desencadenantes frecuentes.

Cefalea en racimos: Es menos común pero extremadamente dolorosa, y suele ocurrir en episodios ("racimos") de cefaleas frecuentes seguidos de periodos de remisión. Se ha asociado con ritmos circadianos y puede ser desencadenada por el consumo de alcohol, el tabaco y la altitud³⁶.

Las infecciones son condiciones como la sinusitis, meningitis, o infecciones dentales pueden causar cefaleas. Estas cefaleas suelen ir acompañadas de otros síntomas como fiebre o congestión nasal³⁶.

Las afecciones como aneurismas cerebrales, hemorragias intracraneales, o hipertensión severa pueden desencadenar cefaleas. Este tipo de cefaleas puede ser repentino y severo, y puede requerir atención médica inmediata³⁵. Los tumores cerebrales, aumentos en la presión intracraneal, o enfermedades neurodegenerativas pueden manifestarse con cefaleas³⁶.

Estos hallazgos subrayan la importancia de identificar y gestionar los desencadenantes ambientales y fisiológicos para reducir la frecuencia e intensidad de las cefaleas en personas predisuestas a estos episodios³⁶.

2.10.5 Factores de riesgos de la cefalea

Los factores de riesgos para el desarrollo de cefaleas son múltiples y variados, abarcando aspectos genéticos, ambientales, y estilos de vida. A continuación, se detallan algunos de los factores de riesgos más relevantes asociados a las diferentes formas de cefalea.

La predisposición genética juega un papel importante, especialmente en la migraña. Se han encontrado que tener familiares directos con migraña aumenta significativamente el riesgo de desarrollar esta condición³⁸.

Las mujeres tienen una mayor predisposición a parecer migrañas en comparación con los hombres, en parte debido a las fluctuaciones hormonales, especialmente los niveles de estrógenos. Las migrañas tienden a empeorar durante la menstruación, el embarazo y la menopausia, etapas caracterizadas por cambios hormonales significativos³⁹.

Uno de los principales desencadenantes tanto de la cefalea tensional como de la migraña es el estrés. El estrés físico y emocional puede agravar la frecuencia e intensidad de estos dolores de cabeza, la tensión relacionada con el estrés también contribuye a la aparición de las cefaleas⁴⁰.

Las alteraciones en el patrón de sueño, como falta de sueño o dormir en exceso, están fuertemente correlacionadas con el desarrollo de cefaleas. La cefalea matutina se asocia frecuentemente con trastornos del sueño como la apnea obstructiva del sueño⁴¹.

Ciertos alimentos y bebidas son conocidos por desencadenar migrañas, tales como aquellos que contienen cafeína, alcohol (particularmente el vino tinto), y aditivos como los nitritos o la tiramina. Además, la deshidratación es otro factor que puede contribuir al desarrollo de cefaleas⁴².

Dentro de las condiciones médicas subyacentes podemos mencionar la hipertensión puede causar cefaleas, particularmente cuando no está bien controlada⁴³.

Los trastornos psiquiátricos como lo son la depresión y ansiedad están estrechamente relacionados con la cefalea tensional y la migraña. Estas condiciones pueden exacerbar la frecuencia y gravedad de las cefaleas debido a la interacción entre el dolor crónico y el malestar emocional⁴⁴.

2.10.6 Tipos de cefalea

Esta clasificación de las cefaleas las divide en dos grandes grupos: cefaleas primarias y cefaleas secundarias. Cada tipo de cefalea se subdivide en varios subgrupos, permitiendo una clasificación que puede llegar hasta cuatro dígitos. Esto ofrece la flexibilidad de utilizar un sistema simple o complejo, dependiendo del contexto en el que se aplique⁴⁵.

Es crucial entender que esta clasificación no se aplica a los pacientes como tal, sino a los episodios de cefalea que experimentan. Esto significa que un paciente puede recibir múltiples diagnósticos, cada uno correspondiente a una forma distinta de cefalea que presenta. Sin embargo, no siempre es posible clasificar todos los episodios de cefalea de un paciente de manera exhaustiva. El objetivo principal es identificar y clasificar la forma de cefalea más significativa, y quizás una o dos formas adicionales⁴⁵.

No se debe caer en la obsesión de clasificar todos los episodios, ya que hay factores como la memoria del paciente o las características del tratamiento que pueden dificultar una clasificación formal completa. Además de seguir los criterios diagnósticos establecidos, es

fundamental emplear un juicio clínico claro y sentido común en el manejo de estas situaciones⁴⁵.

Una cefalea primaria previa que empeore claramente con una causa secundaria, el paciente puede clasificarse en los dos epígrafes: la primaria que ya presentaba y la secundaria que haya originado el empeoramiento (por ejemplo, paciente migrañoso con baja frecuencia de crisis que tras un traumatismo empeora sensiblemente se clasificaría como migraña sin aura y como cefalea postraumática). Aunque esta debe ser una decisión clínica, las razones que llevan a establecer los dos diagnósticos son: una relación temporal estricta entre el empeoramiento y el desencadenante, un marcado empeoramiento de la cefalea primaria, la evidencia que la causa desencadenante puede agravar la cefalea primaria y la remisión o mejoría tras desaparecer esta⁴⁵.

En cuanto a las cefaleas secundarias, los criterios diagnósticos ya no precisan la remisión o mejora del trastorno causal subyacente antes de formalizar el diagnóstico. Existe un criterio A (presencia de la cefalea), criterio B (presencia del trastorno causal) y criterio C (prueba de la etiopatogenia). Para los procesos agudos, una relación temporal estrecha entre el inicio de la cefalea y el comienzo del presunto trastorno causal suele ser suficiente. En todos los casos se debe comprobar el último criterio⁴⁵.

Láinez et al⁴⁵, 2020 con respecto a las clasificaciones anteriores se han producido una serie de cambios. Así, entre las cefaleas primarias cabe destacar:

- Migraña
- Migraña sin aura
- Migraña con aura
- Migraña crónica
- Cefalea tipo tensional episódica
- Cefalea tipo tensional crónica
- Cefalea en racimos
- Cefalea por ejercicio físico
- Cefalea asociada con actividad sexual⁴⁵.

Otras cefaleas primarias:

- Cefalea de la tos primaria
- Cefalea por ejercicio físico primaria
- Cefalea asociada a la actividad sexual primaria⁴⁵.

Con respecto a las clasificaciones en las cefaleas secundarias cabe destacar:

- Cefalea atribuida a traumatismo craneal
- Cefalea atribuida a infección
- cefalea atribuida a administración o privación de una sustancia
- Cefalea o dolor facial atribuidos a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o craneales⁴⁵.

2.10.7. Cefaleas primarias

Las cefaleas primarias son un grupo de trastornos en los que el dolor de cabeza es el síntoma principal y no es causado por otra condición subyacente. Entre las más comunes se encuentran la migraña, la cefalea tensional y la cefalea en racimos. Estos trastornos pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida, y aunque sus mecanismos exactos aún no se comprenden completamente, su diagnóstico y manejo adecuado son fundamentales para el alivio de los síntomas y la mejora del bienestar general del paciente.

2.10.8 Migraña

La migraña es la causa neurológica más común de consulta médica y es por esto que la OMS clasificó a la migraña, una de las cefaleas más frecuentes, dentro de las 20 enfermedades más incapacitantes³⁵. Los estudios indican que afecta aproximadamente al 5-8% de los hombres y al 15-20% de las mujeres. En España, hay más de cuatro millones de personas con migraña, de las cuales más de tres millones son mujeres en edad fértil. Más del 80% de los pacientes con migraña experimentan algún grado de discapacidad relacionada con esta condición, lo que ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a clasificarla entre los trastornos más incapacitantes. Según un estudio de 2015 sobre la carga de las enfermedades a nivel mundial, la migraña es el tercer trastorno más prevalente y la séptima

causa de incapacidad global, siendo la segunda dentro de las patologías neurológicas, solo superada por los ictus⁴⁵.

El impacto socioeconómico de la migraña es significativo. En España, el coste económico de la migraña se estimó en al menos 1.000 millones de euros al año en términos de costes indirectos. La migraña causa la pérdida de más de 13 millones de jornadas laborales anuales en el país. Dos estudios recientes han calculado los costes directos de la migraña episódica en España en aproximadamente 1.000 euros al año por paciente, mientras que el coste total, incluyendo gastos directos e indirectos, se estima en 5.041 euros al año por paciente⁴⁵.

A pesar de su alta prevalencia y el impacto considerable en la vida diaria, la migraña a menudo no es reconocida ni tratada adecuadamente, en parte debido a la falta de marcadores fiables para confirmar el diagnóstico. Desde 1988, la International Headache Society ha establecido criterios diagnósticos, con una tercera edición reciente que sustituye la versión beta publicada en 2014, ofreciendo una herramienta consensuada para el diagnóstico⁴⁵.

2.10.8.1 Diagnóstico según tipo de migrañas

Según la nueva clasificación de la International Headache Society, la migraña se divide en tres subtipos principales: migraña sin aura, migraña con aura y migraña crónica (anteriormente considerada una complicación de la migraña)⁴⁵.

La migraña es un trastorno crónico caracterizado por una predisposición a episodios de cefalea con características específicas. En la tercera edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas, la migraña crónica se define como aquella en la que el paciente experimenta cefalea en 15 o más días al mes durante más de tres meses, similar a la cefalea tensional crónica⁴⁵.

La migraña episódica se refiere a episodios de cefalea que ocurren en menos de 15 días al mes. Tanto la migraña sin aura como la migraña con aura pueden presentarse de forma episódica (≤ 14 días al mes de cefalea) o crónica (≥ 15 días al mes durante los últimos tres meses). La distinción entre migraña episódica y crónica basada en la frecuencia de cefalea superior o inferior a 15 días al mes es algo arbitraria y consensuada, ya que algunos pacientes

con migraña crónica pueden fluctuar y cumplir los criterios de migraña episódica al menos una vez al año⁴⁵.

Además, algunos estudios diferencian entre migraña episódica de baja frecuencia (< 10 días al mes) y de alta frecuencia (10-14 días al mes), indicando que la migraña de alta frecuencia comparte más características con la migraña crónica que con la episódica de baja frecuencia. Recientemente se ha propuesto que la división entre migraña episódica y crónica debería situarse en 8 días al mes, aunque esta propuesta aún no cuenta con consenso en la comunidad científica⁴⁵.

La clasificación de la International Headache Society también incluye síndromes episódicos asociados con la migraña, así como la migraña retiniana, una forma muy rara donde el aura se manifiesta como pérdida de agudeza visual monocular, y las complicaciones relacionadas con la migraña⁴⁵.

2.10.8.2 Migraña sin aura

Según Láinez et al⁴⁵, 2020 se desglosa a continuación los aspectos clave a considerar al aplicar los criterios de la International Headache Society en una entrevista para el diagnóstico de migraña:

1. **Antecedentes Familiares:** Investigar si existen antecedentes familiares de cefaleas similares, ya que esto es un indicador importante para el diagnóstico de migraña.
2. **Factores Desencadenantes:** Identificar posibles factores que puedan desencadenar las crisis de migraña, ya que estos son altamente sugestivos del trastorno.
3. **Edad de Inicio:** Tener en cuenta que la mayoría de los pacientes con migraña han experimentado crisis antes de los 30 años.
4. **Síntomas Premonitorios o Prodrómicos:** Aunque no forman parte de los criterios diagnósticos formales, es útil preguntar sobre síntomas premonitorios como bostezos, hiperfagia, antojos por ciertos alimentos, cambios de humor y retención de líquidos.
5. **Síntomas Resolutorios:** Interrogar sobre síntomas que ocurren tras una crisis, como inapetencia, astenia, cansancio, aumento de la diuresis, somnolencia y sonofobia. Estos síntomas se presentan en más de la mitad de los pacientes con migraña⁴⁵.

Un enfoque integral para el diagnóstico de la migraña debe incluir la evaluación de antecedentes familiares, la identificación de factores desencadenantes, y la consideración de la edad de inicio de las crisis. Además, aunque no siempre se incluyen en los criterios diagnósticos formales, la presencia de síntomas premonitorios o prodrómicos, así como los síntomas resolutorios, pueden proporcionar información valiosa para un diagnóstico más preciso. Reconocer y abordar estos aspectos permite no solo un diagnóstico más certero, sino también la posibilidad de implementar intervenciones más efectivas y personalizadas para el manejo de la migraña, mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes.

Aquí están los puntos detallados a considerar para el diagnóstico de migraña según los criterios de la International Headache Society⁴⁵:

- A. **Número de Crisis:** Se deben registrar al menos cinco crisis que cumplan con los criterios establecidos. Si se cumplen los criterios restantes pero el número de crisis es menor de cinco, se debe codificar como probable migraña sin aura⁴⁵.
- B. **Duración de las Crisis:** Cada crisis debe durar entre 4 y 72 horas. Este rango se refiere a las crisis no tratadas o a las tratadas sin éxito. Si el paciente se queda dormido y al despertar ya no tiene cefalea, la duración se contabiliza hasta el despertar. Para niños y adolescentes, las crisis pueden durar menos de 4 horas, con un rango de 2 a 72 horas⁴⁵.
- C. **Características de la Cefalea:** La cefalea debe presentar al menos dos de las siguientes características:
 - 1. **Localización Unilateral:** Aunque el 30-40% de las crisis de migraña presentan dolor bilateral, es común que el dolor comience unilateral y se vuelva bilateral durante la crisis. En niños y adolescentes, el dolor es a menudo bilateral. Si el dolor es estrictamente unilateral, es importante descartar cefaleas secundarias o primarias del grupo de cefaleas trigémino-autonómicas⁴⁵.
 - 2. **Calidad Pulsátil:** Más del 50% de los pacientes con migraña experimentan dolor que no es pulsátil. La calidad del dolor puede cambiar durante la crisis, siendo pulsátil solo en el punto álgido de la crisis o al realizar maniobras como

la de Valsalva. Se debe considerar que el criterio se cumple si el dolor es pulsátil de forma discontinua durante la crisis⁴⁵.

3. **Intensidad Moderada o Grave:** El dolor debe interferir de manera moderada o impedir por completo la realización de las actividades diarias⁴⁵.
4. **Agravamiento con Actividades Físicas:** La cefalea se agrava con las actividades físicas habituales, como caminar o subir escaleras. Este síntoma es uno de los más específicos y sensibles para el diagnóstico de migraña⁴⁵.

2.10.8.3 Migraña con aura

El diagnóstico de migraña con aura típica se basa en la presencia de síntomas neurológicos focales que ocurren antes o durante una crisis de migraña. Este tipo de migraña representa entre el 15% y el 30% de las consultas por migraña, dependiendo del nivel asistencial. Según los criterios recientes de la International Headache Society, el diagnóstico de migraña con aura típica incluye⁴⁵:

A. Al menos dos crisis que cumplan los criterios B y C.

B. El aura debe incluir síntomas visuales, sensitivos y/o del lenguaje, completamente reversibles, pero no síntomas motores, del troncoencéfalo ni retinianos⁴⁵.

- **Aura visual:** Es la más común y afecta al 90% de los pacientes con migraña con aura. Puede incluir síntomas positivos (como luces o líneas) y negativos (como pérdida de visión). A menudo se presenta como un patrón de fortificación, con una figura en zigzag lateralmente convexa que progresa y deja un escotoma⁴⁵.
- **Síntomas sensitivos:** Positivos (hormigueos o parestesias) y/o negativos (adormecimiento o acorchamiento) se extienden lentamente, suelen afectar la mano, la cara y/o la lengua unilateralmente y se presentan en casi el 60% de las auras³⁴.
- **Síntomas disfásicos:** Menos frecuentes y rara vez aparecen sin síntomas visuales o sensitivos asociados⁴⁵.

C. Al menos tres de las siguientes seis características:

1. Al menos un síntoma del aura se desarrolla gradualmente en 5 minutos o más y/o dos o más síntomas ocurren en sucesión. El carácter progresivo del aura, junto con la aparición de síntomas visuales o sensitivos positivos, es característico de la migraña con aura⁴⁵.
2. Dos o más síntomas del aura aparecen sucesivamente.
3. Cada síntoma individual del aura dura entre 5 y 60 minutos. Si hay tres síntomas durante el aura, la duración total máxima aceptable es de 180 minutos.
4. Al menos un síntoma del aura es unilateral.
5. Al menos un síntoma del aura (visual o sensitiva) es positivo.
6. El aura es acompañada o seguida por cefalea dentro de los 60 minutos⁴⁵.

D. No hay una mejor explicación por otro diagnóstico y se ha descartado un accidente isquémico transitorio. Si el aura aparece por primera vez después de los 40 años, si los síntomas son exclusivamente negativos (como hemianopsia) o si el aura es prolongada o muy breve, se deben considerar otras causas, especialmente accidentes isquémicos transitorios⁴⁵.

2.10.8.4 Migraña crónica

La migraña crónica se considera una evolución de la migraña episódica y su diagnóstico exige que el paciente experimente cefalea en al menos 15 días al mes durante más de 3 meses, con características migrañosas en al menos 8 de esos días. Aunque el uso excesivo de medicación sintomática no excluye el diagnóstico de migraña crónica, el criterio de tener ≥ 15 días de cefalea al mes se estableció mediante consenso de expertos y podría ser revisado en futuras clasificaciones. Clínicamente, los pacientes con migraña crónica y migraña episódica de alta frecuencia tienen necesidades médicas y discapacidades comparables, y el enfoque terapéutico para ambos es muy similar⁴⁵.

El diagnóstico de migraña crónica es generalmente clínico, y en la mayoría de los casos no se requieren pruebas complementarias. Es crucial realizar una anamnesis adecuada, y se han desarrollado herramientas para ayudar en el diagnóstico. En los últimos años, se han investigado biomarcadores potenciales para esta condición. Entre ellos, se han propuesto los niveles en sangre de péptido relacionado con el gen de la calcitonina y el depósito de hierro

en la sustancia gris periacueductal, observados mediante resonancia magnética, como posibles biomarcadores de migraña crónica⁴⁵.

A pesar de que las recomendaciones para atención primaria incluyen el concepto de migraña crónica, a menudo se subestima en este nivel asistencial. Esto provoca retrasos significativos en el diagnóstico, solicitudes de pruebas innecesarias y tratamientos inadecuados. Datos recientes del Atlas español de la migraña indican que el 80% de los pacientes con migraña crónica necesitan una consulta con un neurólogo para obtener un diagnóstico, y este proceso puede demorar más de 7 años desde el inicio de los síntomas⁴⁵.

2.10.8.5 Criterios para el diagnóstico de Migraña Crónica

- A. Cefalea (tipo tensional o migrañoso) durante un periodo de 15 días al mes durante más de 3 meses que cumple los criterios B y C.
- B. Aparece en un paciente que ha sufrido al menos cinco ataques que cumplen los criterios B y D para la migraña sin aura y los criterios B y C de la migraña con aura.
- C. Durante un periodo de 8 o más días al mes por espacio de más 3 meses cumple cualquiera de los siguientes⁴⁵:
 - 1. Criterios C y D para migraña sin aura
 - 2. Criterios B y C para migraña con aura
 - 3. En el momento de la aparición el paciente cree que es migraña, y se alivia con triptán o derivados ergóticos⁴⁵.

El paciente puede cumplir, de forma concomitante, criterios diagnosticados de cefalea por abusos de analgésicos. Es muy importante valor la existencia de factores cronificadores modificables, como son el abuso de analgésicos y cafeína, trastornos de ánimo, apnea del sueño, trastornos hormonales, sobrepeso y obesidad⁴⁵.

2.10.8.6 Recomendaciones no farmacológicas de la migraña

La conexión entre la dieta y los desencadenantes es compleja, por lo cual, la aparición de los episodios migrañosos es desencadenada por múltiples factores⁴⁶.

- Se recomienda dietas bajas en aspartame y glutamato monosódico, ya que se ha visto que altas cantidades de estos pueden desencadenar episodios de migraña en individuos sensibles⁴⁶.
- Disminuir el consumo de alcohol o eliminarlo de la dieta, ya que se ha visto que ciertas personas presentan factores genéticos que aumentan la susceptibilidad a episodios migrañosos cuando se da el consumo de alcohol⁴⁶.
- Estrategias como las dietas de eliminación, en las que se identifica y elimina ingredientes específicos que podrían detonar episodios. Se sugiere realizar un diario de alimentación que no contenga dichos alimentos específicos, para así reducir que se desencadenen episodios de migraña⁴⁶.
- Se podría optar por dietas cetogénicas, debido a que estas han demostrado su capacidad para elevar los cuerpos cetónicos, lo cual va a incidir positivamente en varios aspectos como el funcionamiento mitocondrial, la reducción del estrés oxidativo entre otros, contribuyendo así a la reducción de la migraña⁴⁶.
- En personas con consumo habitual a la cafeína, se recomienda una suspensión paulatina ya que cuando hay abstinencia de una forma no controlada y súbita podrá desencadenar episodios migrañosos⁴⁶.

2.10.8.7 Tratamiento agudo de la migraña

El manejo clínico de un paciente con cefalea, y en particular con sospecha de migraña, implica un enfoque integral que abarca varios aspectos clave. Primero, es esencial descartar causas secundarias de la cefalea, especialmente si el paciente presenta banderas rojas o anormalidades físicas, lo que justifica la realización de estudios de imagen cerebral. Una vez excluidas estas causas, se procede a categorizar el tipo de migraña, diferenciando entre episodios agudos y migraña crónica⁴⁶.

La identificación de comorbilidades y factores desencadenantes es crucial, ya que pueden influir en la elección del tratamiento y en la respuesta del paciente. Además, es importante revisar los tratamientos previos para evitar repetir estrategias ineficaces y optimizar el manejo actual. La individualización del tratamiento es fundamental,

comenzando con dosis bajas de medicamentos y ajustándolas gradualmente según la respuesta del paciente⁴⁶.

El tratamiento temprano, especialmente durante la fase de aura o en los primeros momentos del dolor, es decisivo para el control efectivo de la migraña. En situaciones donde las náuseas o los vómitos impiden la administración oral de los fármacos, se considera el uso de vías alternativas, como la intramuscular o intravenosa, para asegurar una intervención rápida.

En el tratamiento de la migraña, el acetaminofén y los antiinflamatorios no esteroides (AINEs) se consideran opciones de primera línea para pacientes sin contraindicaciones. Su combinación puede ser efectiva en casos donde cada uno de ellos por separado ofrece una respuesta parcial, proporcionando alivio del dolor en diferentes tiempos. Sin embargo, es importante tener en cuenta los posibles riesgos de eventos adversos asociados con su uso⁴⁶.

Los triptanes son una clase de medicamentos que han demostrado una reducción significativa del dolor dentro de la primera hora y hasta un día después de su administración. No obstante, estos fármacos pueden causar efectos secundarios como náuseas, dolor en el pecho, enrojecimiento (flushing), parestesia y palpitaciones. Además, debido a su naturaleza vasoactiva, los triptanes están contraindicados en pacientes con antecedentes de infarto agudo al miocardio, eventos cerebrovasculares o múltiples factores de riesgo vascular⁴⁶.

Tabla 1. Medicamentos de uso agudo en migraña adaptados de las guías Academia Americana de Neurología, Academia Europea de Neurología y Sociedad Española Neurología.

Fármaco	Dosis	Vía de administración	Contraindicaciones
Acetaminofén	1000mg	Vía oral	Enfermedad hepática Fallo renal

Ácido acetilsalicílico	900-1000mg	Vía oral	Hemorragia gastrointestinal, falla cardiaca y falla renal
Ibuprofeno	400mg-600mg	Vía oral	Hemorragia gastrointestinal y falla cardiaca
Naproxeno	550-1100mg	Vía oral	Hemorragia gastrointestinal
Almotriptán	12,5mg	Vía oral	Enfermedad arterial coronaria, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial no controlada y enfermedad vascular periférica
Sumatriptan	20-100mg	Vía oral	Enfermedad arterial coronaria, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial no controlada y enfermedad vascular periférica
Dihidroergotamina	0.5-2mg	Aerosol nasal	Enfermedad arterial coronaria, hipertensión arterial no controlada y enfermedad vascular periférica

metoclopramida	10-20mg	Vía oral Vía Intramuscular Intravenoso	Hemorragia gastrointestinal, feocromocitoma
Diclofenaco	50-100mg 75mg	Vía oral Vía Intramuscular	Hemorragia gastrointestinal, falla cardiaca y falla renal

Fuente: tomado de la referencia⁴⁶.

La tabla 1 parecen una lista de medicamentos utilizados en el tratamiento de la migraña aguda, junto con su dosificación que esta va a variar según la necesidad del paciente y su dosis recomendada, según su vía de administración el método el cual se administrara el medicamento y las contraindicaciones en las cuales el medicamento no debe ser utilizado debido a posibles efectos adversos o interacciones peligrosas.

2.10.8.8 Tratamiento preventivo de la migraña

En el manejo de la migraña, es esencial adoptar un enfoque preventivo a largo plazo que busque reducir la severidad, frecuencia y duración de los episodios migrañosos. Este tratamiento preventivo se recomienda para pacientes que experimentan al menos cuatro episodios al mes, especialmente cuando la calidad de vida del paciente se ve afectada a pesar de la terapia aguda. También es indicado en casos de abuso de medicamentos para el tratamiento de los episodios agudos y en situaciones específicas como migraña hemipléjica, infarto migrañoso, migraña basilar y aura desagradable⁴⁶.

El éxito del tratamiento preventivo se evalúa generalmente mediante una reducción del 50% en la frecuencia de los episodios. Para lograr este objetivo, es crucial iniciar la profilaxis con una dosificación gradual hasta alcanzar la dosis efectiva o hasta que se presenten efectos secundarios no deseados. Al elegir el tratamiento preventivo, se deben considerar varios factores, incluyendo las comorbilidades del paciente, los posibles efectos adversos, las expectativas del tratamiento, y el compromiso del paciente de mantener la

terapia durante un período de 2 a 6 meses. Además, en el caso de las mujeres, es importante considerar su estado de embarazo al decidir la estrategia preventiva más adecuada⁴⁶.

Tabla 2: Medicamentos de uso preventivos de la migraña adaptados de las guías Academia Americana de Neurología, Academia Europea de Neurología y Sociedad Española Neurología.

Fármaco	Dosis	Vía de administración	Contraindicaciones
Propranolol	80-160mg QD o BID	Vía oral	Asma, insuficiencia cardiaca, diabetes insulino dependiente, bloqueo atrioventricular, enfermedad Raynaud, depresión
Atenolol	25-100mg BID	Vía oral	Asma, insuficiencia cardiaca, diabetes insulino dependiente, bloqueo atrioventricular, enfermedad Raynaud, depresión
Metropolol	50-100mg BID	Vía oral	Asma, insuficiencia cardiaca, diabetes insulino dependiente, bloqueo

			atrioventricular, enfermedad Raynaud, depresión
Candesartan	16-32mg QD	Vía oral	Co-administración Aliskiren
Amitriptilina	10-100mg HS	Vía oral	Menores de 6 años, insuficiencia cardiaca, co-administración IMAIS, IRS y glaucoma
Valproato sodio	500-1500mg QD	Vía oral	Embarazo, lactancia, enfermedad hepática y trombotica
Topiramato	50-100mg dosis inicial 25mg con aumento semanal	Vía oral	Embarazo, lactancia, nefrolitiasis y glaucoma
Toxina botulinica	155-195mg unidades cada 12 semanas	Vía intramuscular	Infección en el sitio de inyección

Fuente: tomado de la referencia⁴⁶.

La tabla 2 se menciona una lista de medicamentos utilizados en el tratamiento preventivo de la migraña, junto con su dosificación que esta va a variar según la necesidad del paciente y su dosis recomendada, según su vía de administración el método el cual se administrara el medicamento y las contraindicaciones en las cuales el medicamento no debe ser utilizado debido a posibles efectos adversos o interacciones peligrosas.

2.10.9 Cefalea tipo tensional episódica

Este tipo de cefalea se representa menos de 15 días al mes, bilateral, de carácter opresiva, con una intensidad leve a moderada y con duración de minutos a días que no empeora con la actividad física y que podría asociar náuseas leves, fotofobia o fonofobia⁴⁶.

2.10.9.1 Criterios de Diagnóstico cefalea tipo tensional

Al menos 10 episodios de cefalea que aparezcan de media menos de un día al mes (menos de 12 días al año)⁴⁶.

Tabla 3. Criterios de diagnóstico cefalea tipo tensional episódica infrecuente y cefalea tipo tensional episódica infrecuente episódica frecuente

Criterios de diagnósticos de cefalea tensional episódica infrecuente
A. Al menos 10 episodios de dolor de cabeza ocurriendo en menos de un día al mes de media (menos de 12 días al año) y cumplir los criterios B-D
B. Duracion de 30 minutos a 7 días
C. Al menos dos de las siguientes cuatro características <ol style="list-style-type: none">1. Localización bilateral2. Cualidad opresiva o tirantez (no pulsátil)3. Intensidad leve a moderada4. No agravada con por la actividad física rutinaria como andar o subir escaleras
D. Ambos de los siguientes: <ol style="list-style-type: none">1. No náuseas ni vómitos2. No concurrencia de fotofobia y fonofobia a la vez
Cefalea tipo tensional episódica infrecuente episódica frecuente
A. Al menos 10 episodios de dolor de cabeza ocurrido en menos de 1 a 14 días al mes de media durante más de tres meses (un total de 12 o más días, pero menos de 180 al año) y cumplir los criterios B-D
B. Duración de 30 minutos a 7 días
C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Localización bilateral 2. Cualidad opresiva o tirantez (no pulsátil) 3. Intensidad leve o moderada 4. No agravada por actividad física rutinaria como andar o subir escaleras
<p>D. Ambos de las siguientes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No náuseas ni vómitos 2. No concurrencia de fotofobia y fonofobia a la vez

Fuente: tomado de la referencia ⁴⁶.

Como se menciona en la tabla 3 los criterios de diagnóstico de la cefalea tipo tensional episódica infrecuente y la cefalea tipo tensional episódica frecuente esta nos va permitir lograr tener un diagnóstico más preciso al paciente para así lograr tener un tratamiento más eficaz.

2.10.9.2 Tratamiento de la cefalea tensional

Dentro del tratamiento de la cefalea tensional podemos mencionar los siguientes:

- Analgésicos
- A veces, intervenciones conductuales y psicológicas
- Para las cefaleas tensionales crónicas, amitriptilina

Algunos fármacos utilizados para prevenir la migraña sobre todo la amitriptilina puede ayudar a prevenir las cefaleas tensionales crónicas. Para la mayoría de las cefaleas tensionales leves a moderadas, los analgésicos de venta libre por ejemplo la aspirina, paracetamol pueden proporcionar alivio. Puede ser útil también el masaje en el área afectada, muchas veces se utilizan intervenciones conductuales y psicológicas como técnicas de relajación y manejo del estrés que son eficaces, sobre todo cuando se combinan con tratamiento farmacológico⁴⁷.

2.10.9.3 Cefalea tipo tensional crónica

La Cefalea tipo Tensional es la cefalea primaria más frecuente, con las características previamente descritas pero que aparece durante 15 días o más al mes, durante más de tres meses.

2.10.9.4 Criterios de diagnóstico de la cefalea tipo tensión crónica

Tabla 4. Criterios de diagnóstico de la cefalea tipo tensión crónica

a) Cefalea que se presenta de media ≥ 15 días al mes durante más de 3 meses	
b) Duración de minutos a días, o sin remisión	
c) 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. De intensidad leve o moderada 4. No empeora con la actividad física habitual
d) Ambas de las siguientes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solamente uno de los siguientes síntomas: fotofobia, fonofobia, o náuseas leves 2. Ni náuseas moderadas o intensivas ni vómitos.³⁴

Fuente: tomado de la referencia ⁴⁶.

En la tabla anterior se muestra como los criterios de diagnósticos, los cuales se estructuran en varios componentes clave que deben ser considerados por los profesionales de la salud para un diagnóstico adecuado. Estos criterios proporcionan un marco claro para el diagnóstico de la cefalea tipo tensión crónica, permitiendo y diferenciar esta afección de otras cefaleas primarias, lo que es crucial para determinar el tratamiento más apropiado.

2.10.9.5 Comorbilidad y factores que predisponen

La cefalea tipo tensión, especialmente en su forma crónica, a menudo se asocia con comorbilidades psiquiátricas y médicas. Varios estudios han relacionado el síndrome temporomandibular con la cefalea tipo tensión, posiblemente debido a puntos miofasciales en los músculos masticatorios o un desencadenante común para ambos problemas, aunque una relación directa parece poco probable⁴⁵.

La comorbilidad psiquiátrica es notable en la cefalea tipo tensión crónica, afectando a aproximadamente dos de cada tres pacientes. La ansiedad generalizada es la más frecuente (38,5%), seguida por la depresión mayor (32,7%). Además, se observa un porcentaje significativo de pacientes con ideación suicida (17,3%). También hay una importante asociación con otros tipos de cefalea, como la migraña sin aura. La respuesta a los triptanes puede ayudar a diferenciar la cefalea tipo tensión de la migraña⁴⁵.

Se ha encontrado una mayor prevalencia de cefalea tipo tensión en subgrupos de raza blanca, con menor nivel educativo, y en personas con obesidad o sobrepeso. Sin embargo, los resultados sobre el impacto de factores de estilo de vida, como el consumo de alcohol, tabaco o la actividad física, son inconsistentes. Un estudio ha sugerido un aumento en la frecuencia de cefalea tipo tensión con la latitud, lo que plantea una posible relación con los niveles de vitamina D y cuestiona el uso de suplementos vitamínicos. La fibromialgia también se asocia frecuentemente con la cefalea tipo tensión. Algunos estudios sugieren que ambas podrían ser parte de un grupo de síndromes relacionados con el procesamiento alterado del dolor, mientras que otros creen que podrían ser condiciones similares⁴⁵.

Además, existe una relación bidireccional entre la cefalea tipo tensión y los trastornos del sueño. La disregulación del sueño puede desencadenar cefalea tipo tensión episódica, y los trastornos del sueño pueden complicar y agravar el dolor de cabeza. La mayoría de los pacientes con cefalea tipo tensión también padecen insomnio, y hay evidencia de que el insomnio puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de cefalea tipo tensión. También se observa que la cefalea tipo tensión es común en pacientes con apnea del sueño y otros trastornos respiratorios relacionados⁴⁵.

2.10.9.6 Tratamiento de la cefalea tipo tensional crónica

Dependiendo de los métodos que ya haya probado para tratar sus cefaleas tensionales crónicas, su médico puede sugerirle una combinación de tratamientos que pueden incluir:

Analgésicos agudos, incluidos analgésicos de venta libre, analgésicos con receta, alguna combinación de medicamentos o triptanos para quienes sufren una combinación de cefaleas tensionales crónicas y migrañas. Narcóticos, pero sólo en raras ocasiones⁴⁸.

Medicamentos preventivos que pueden incluir anticonvulsivos, relajantes musculares y antidepressivos tricíclicos o de otro tipo, que pueden tardar algún tiempo en ser efectivos, por lo que hay que tener paciencia cuando se trabaje con estos medicamentos.

Inyecciones en puntos gatillo, que ayudan a bloquear el dolor muscular de hombro y cuello. Mantener o recuperar una buena postura para aliviar la tensión de los músculos altamente sensibles del cuello, los hombros y la parte superior de la espalda. Calor o frío, lo que mejor se adapte a su dolor⁴⁸.

2.10.10 Cefalea en racismo

La cefalea en racismos se trata de uno de los procesos de cefalea primaria más frecuentes, dolorosos e incapacitantes. Los tratamientos farmacológicos agudos y preventivos son, en muchos casos, mal tolerados y de efectividad limitada. Debido a la mejora la comprensión de su fisiopatología de la cefalea en racismo los dispositivos de neuromodulación se han posicionado como opciones seguras y eficaces de tratamiento preventivo y el tratamiento agudo de la cefalea en racismos⁴⁹.

Es más frecuente en hombres, aunque en las últimas décadas se han diagnosticado más en mujeres, por lo que la fidelidad de esa ratio se ha puesto en duda. La edad de inicio suele ser en la tercera década de la vida (20-50 años). El consumo de tabaco y alcohol son claros desencadenantes. También puede desencadenarse por histamina y nitroglicerina, grandes alturas y cambios meteorológicos, estrés, sueño, cambios hormonales, etc. Factores

genéticos son desconocidos, pero la prevalencia observada en familias indica un componente genético del 2-7%. Un 5% puede ser transmitida por herencia autosómica dominante⁴⁶.

La cefalea en racimos se asocia a un mayor riesgo de apnea del sueño, depresión y ansiedad. Sin embargo, la comorbilidad más preocupante es la elevada tasa de suicidios. En estudios estadounidenses y surcoreanos, la tasa de ideación suicida fue del 55% al 64% y la tasa de planificación suicida fue del 6%; para los pacientes con cefalea en racimos episódica, el riesgo fue mayor durante los racimos⁴⁶.

El dolor de la cefalea en racimos es de mayor intensidad en la región orbitaria, supraorbitaria, temporal o en cualquier combinación de ellas, pero puede irradiarse a otras regiones cefálicas. Durante los peores ataques la intensidad del dolor es insoportable. El dolor casi invariablemente recurre en el mismo lado de la cabeza durante un racimo individual⁴⁶.

2.10.10.1 Criterios de diagnóstico de la cefalea en racimos

Los criterios de diagnóstico de la cefalea son herramientas esenciales para la identificación y clasificación de los diferentes tipos de dolores de cabeza, permitiendo a los profesionales de la salud distinguir entre las diversas formas de cefalea y orientar el tratamiento de manera más precisa. Estos criterios, desarrollados y actualizados a partir de la evidencia científica y la experiencia clínica, abordan factores como la frecuencia, duración, características del dolor y síntomas asociados, proporcionando un marco estandarizado para el diagnóstico adecuado de las cefaleas.

Tabla 5. Criterios de diagnósticos de la cefalea en racimos

a) Al menos cinco ataques que cumplan los criterios B-D	
b) Dolor unilateral de intensidad severa o muy grave en región orbitaria, supraorbitaria o temporal, con una duración de 15 a 180 minutos sin tratamiento	
c) Uno o más de los siguientes:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inyección conjuntival/ o lagrimeo 2. Congestión nasal/ o rinorrea 3. Edema palpebral

	4. Sudoración frontal y facial 5. Miosis/o ptosis
d) La frecuencia de los ataques varía entre una vez cada dos días y ocho al día	

Fuente: tomado de la referencia ⁴⁶.

La tabla presentada establece los criterios diagnósticos para la cefalea en racimos, un tipo de cefalea primaria caracterizada por su dolor extremadamente intenso y su presentación episódica. Para el diagnóstico, es necesario que el paciente haya experimentado al menos cinco ataques que cumplan con los criterios descritos. Estos ataques se caracterizan por un dolor unilateral severo o muy grave, localizado en la región orbitaria, supraorbitaria o temporal, con una duración que puede oscilar entre 15 y 180 minutos si no se trata.

Además, el dolor suele acompañarse de síntomas autonómicos como inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, edema palpebral, sudoración facial y signos oculares como miosis o ptosis. La frecuencia de los ataques puede variar considerablemente, desde un episodio cada dos días hasta ocho episodios en un solo día. Este conjunto de criterios permite una identificación precisa de la cefalea en racimos, diferenciándola de otras cefaleas primarias, y es fundamental para guiar un tratamiento adecuado que aborde tanto la intensidad del dolor como los síntomas asociados.

2.10.10.2 Tratamiento de la cefalea en racimos

El tratamiento de la cefalea en racimos tiene dos objetivos, por un lado, tratar la crisis aguda y, por otro, reducir la frecuencia y la intensidad de los ataques (acortando la duración del racimo). El tratamiento se realiza durante la fase activa no existiendo tratamiento para prevenir las fases sintomática⁴⁶.

A. Triptanes

1. Sumatriptan subcutáneo es el fármaco más efectivo en el tratamiento de las crisis (nivel de evidencia I; grado de recomendación A), administrado a dosis de 6 mg, actuando en los primeros 15 minutos. La dosis diaria máxima

recomendada es de dos inyecciones de 6 mg. La formulación intranasal de 20 mg de sumatriptán es menos efectiva y tiene un inicio de acción más lento, siendo efectivo en los primeros 30 minutos⁴⁶.

2. Zolmitriptán se administra por vía intranasal. Zolmitriptán 10 mg in tiene un efecto superior a dosis de 5 mg. La presentación de zolmitriptán intranasal solo está disponible a dosis de 5 mg. Su efectividad es superior a sumatriptán intranasal, con efecto en unos 30 minutos en el 50% de los paciente⁴⁶.

B. Oxígeno

Dos tercios de los pacientes con cefalea en racimos responden a la inhalación de oxígeno al 100%. Su eficacia ha sido probada en muchos estudios, incluyendo un ensayo aleatorizado controlado con placebo (nivel de evidencia I; grado de recomendación A).

Se administra a alto flujo, con mascarilla, a unos 12-15 litros por minuto (lpm), en posición sentada. El efecto comienza a los 15-20 minutos. La ventaja es su falta de efectos secundarios y la posibilidad de repetirlo tantas veces como sea necesario. El oxígeno puro está contraindicado en la insuficiencia cardiaca o respiratoria⁴⁶.

2.10.11 Cefalea por esfuerzo físico

La cefalea relacionada con el ejercicio físico aparece tras un ejercicio intenso o prolongado y afecta predominantemente a hombres jóvenes con migraña. Esta cefalea suele ocurrir durante el pico del ejercicio y se alivia con el reposo. Puede presentar una calidad pulsátil o punzante, con una duración menor a 48 horas, y a veces se acompaña de síntomas migrañosos⁴⁶.

El 80% de los casos de cefalea recurrente relacionada con el esfuerzo físico son primarios. Sin embargo, en pacientes de edad avanzada, con factores de riesgo cardiovascular o antecedentes de cardiopatía isquémica, es importante descartar una posible isquemia cardíaca (cefalea cardíaca). También se deben investigar causas secundarias como

feocromocitoma, hipertensión o hipotensión intracraneal, y trombosis de senos venosos, según el criterio clínico⁴⁶.

La cefalea primaria por esfuerzo físico puede ser bilateral o unilateral, y a menudo es pulsátil (60%). Puede acompañarse de náuseas, vómitos, fotofobia y sonofobia. Esta cefalea puede ocurrir tanto en personas entrenadas como en aquellas que no están habituadas al ejercicio. Es más frecuente en climas cálidos y húmedos, en altitudes, durante hipoglucemia o tras la ingesta de alcohol⁴⁶.

Se muestran sus criterios diagnósticos:

Tabla 6. Criterios de diagnósticos cefalea por esfuerzo físico

a. Al menos dos episodios de cefalea que cumplan criterios B y C
b. Provocada por ejercicio físico sostenido y que ocurre solamente durante o después de este
c. Duración inferior a 48 horas

Fuente: tomado de la referencia ⁴⁶.

La tabla 6 describe los criterios diagnósticos para la cefalea por esfuerzo físico, un tipo de dolor de cabeza que se desencadena específicamente por la realización de actividad física. Para su diagnóstico, se requiere que el paciente haya experimentado al menos dos episodios de cefalea que cumplan con los criterios B y C de la tabla. Estas cefaleas son provocadas por un ejercicio físico sostenido y ocurren exclusivamente durante o inmediatamente después de la actividad física. La duración de estos episodios es relativamente corta, ya que no superan las 48 horas. Estos criterios permiten diferenciar la cefalea por esfuerzo físico de otros tipos de cefaleas, facilitando así un diagnóstico adecuado y un manejo específico del trastorno.

En pacientes con migraña el ejercicio físico puede inducir crisis, aunque en general estos mismos pacientes las sufren también por otros desencadenantes. Lo habitual es

diagnosticar ambos procesos en el mismo paciente cuando las crisis debidas al ejercicio dominan el cuadro, lo que suele ser una situación temporal⁴⁶.

2.10.11.1 Tratamiento de la cefalea por esfuerzo físico

La indometacina ha surgido como fármaco de elección para el tratamiento de esta patología, logrando una buena respuesta farmacológica. El pronóstico es favorable, evidenciando una resolución espontanea del dolor en su primer año desde su diagnóstico en la mayoría de los casos⁵⁰.

La indometacina es inhibidor reversible de la ciclooxigenasa con mayor especificidad por la isoforma 1 que 2, también su capacidad de disminuir el flujo sanguíneo cerebral, así como la inhibición de óxido nítrico sintasa, ambas implicadas fisiopatológicamente en la cefalea. Es útil con dosis desde 25mg hasta 150mg, 3 veces al día (con aumento progresivo). Si los episodios son predecibles, se puede indicar 1 a 2 horas antes de la actividad física⁵⁰.

2.10.12 Cefalea asociada con actividad sexual

Este tipo de cefalea primaria ocurre específicamente y exclusivamente durante la actividad sexual, sin importar el tipo (coito, sexo oral, masturbación), siendo la actividad sexual el factor desencadenante. Esta cefalea es solo una de las muchas posibles causas de dolor de cabeza agudo durante el acto sexual, por lo que el diagnóstico debe incluir la exclusión de otras causas⁴⁶.

La prevalencia de esta cefalea primaria a lo largo de la vida se estima en alrededor del 1%, aunque puede estar subestimada debido a la reserva de muchas personas sobre su vida sexual. En las consultas especializadas en cefaleas, es el motivo específico de consulta en un 0,2-1,3% de los pacientes. Puede presentarse en cualquier grupo de edad sexualmente activo, siendo más común en hombres que en mujeres⁴⁶.

Como suele ocurrir con este grupo de cefaleas, su patogenia y fisiopatología son poco claras. Se han sugerido mecanismos similares a los propuestos para la cefalea asociada a la actividad sexual primaria, que comparte características de dolor, comorbilidad (como la

asociación con migraña en el 25% de los casos) y la respuesta a betabloqueantes. Al menos un tercio de los pacientes reconoce sufrir ambas condiciones. Se plantea que el acto sexual, al igual que un ejercicio físico sostenido, podría ser el desencadenante, especialmente si es la única actividad física que realizan. Sin embargo, también es posible que estos pacientes padezcan cefalea asociada a la actividad sexual primaria, donde el ejercicio físico relacionado con la actividad sexual es el único desencadenante. De hecho, se han documentado casos de cefalea relacionada únicamente con la excitación sexual, sin actividad física concomitante⁴⁶.

La cefalea puede manifestarse de dos maneras: aumentando gradualmente en intensidad con la excitación hasta alcanzar su punto máximo al final del acto (presente en un tercio de los pacientes), o de forma súbita y “explosiva” durante el orgasmo. En el 80% de los casos, es bilateral, generalmente localizada en la región occipital o difusa, aunque también puede ser hemicraneal. El dolor puede ser pulsátil, opresivo o punzante, con variaciones en la cualidad del dolor en un mismo paciente. En la mayoría de los casos, no se asocia a síntomas autonómicos o vegetativos, lo que la diferencia de la cefalea asociada a la actividad sexual primaria. La frecuencia de los episodios está relacionada con la frecuencia de los actos sexuales, aunque no siempre se presenta en todos ellos, generalmente en más del 50%. Muchos pacientes experimentan una fase inicial de dolor intenso con una duración media de aproximadamente 30 minutos (rango de 1 minuto a 24 horas), tras la cual algunos pueden tener un dolor más leve que persiste hasta 72 horas⁵⁰.

2.10.12.1 Criterios de diagnóstico cefalea asociada a la actividad sexual primaria

Los criterios de diagnóstico para la cefalea asociada a la actividad sexual primaria son fundamentales para identificar un tipo específico de dolor de cabeza que se produce en relación con la actividad sexual, incluyendo el orgasmo. Este tipo de cefalea, aunque puede ser alarmante para quienes la experimentan, generalmente no está relacionada con condiciones médicas graves, pero su diagnóstico correcto es crucial para distinguirla de otras cefaleas que podrían estar asociadas a problemas más serios. Estos criterios se centran en la aparición del dolor en asociación directa con la actividad sexual, su duración y las características del dolor, permitiendo a los profesionales de la salud evaluar y manejar esta condición de manera adecuada.

Tabla7. Criterios de diagnóstico cefalea asociada a la actividad sexual primaria

a) Al menos dos episodios de dolor craneal o cervical que cumple los criterios B-D	
b) Solo ocurre durante la actividad sexual y es provocada por esta	
c) Uno de cualquiera de los siguientes o ambos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumenta la intensidad a medida que progresa la excitación sexual 2. Aparece de manera explosiva durante el orgasmo o justo antes de este 3. Cefalea intensa entre 1 minuto y 24 horas o leve hasta las 72 horas

Fuente: tomado de la referencia ⁴⁶.

La tabla 7 describe los criterios diagnósticos para la cefalea asociada a la actividad sexual primaria, un tipo de dolor de cabeza que se desencadena específicamente por la intensidad progresiva a la excitación sexual. Para su diagnóstico, se requiere que el paciente haya experimentado al menos dos episodios de cefalea que cumplan con los criterios B y D de la tabla. Estas cefaleas aparece de manera explosiva durante el orgasmo o justo antes de este, la duración de estos episodios son leves o entre 1 minuto y 24 hora hasta las 72.

2.10.13 Cefalea asociada a tos primaria

Una cefalea provocada por la tos, incorrectamente denominada "tusígena" (ya que "tusígeno" implica que produce tos), es aquella que surge en relación con la tos o maniobras que incrementan la presión abdominal o implican apnea, como el estornudo, sonarse la nariz, inflar globos, levantar peso, defecar, agacharse o reír. Es importante distinguir entre las cefaleas que se agravan con estas maniobras, pero que no son desencadenadas por ellas, como la migraña, cefaleas inflamatorias, hipertensión intracraneal, baja presión del líquido cefalorraquídeo e incluso la cefalea en racimos. La cefalea desencadenada por la tos o maniobras similares puede deberse a causas estructurales o aparecer sin una causa estructural evidente⁴⁶.

Este último caso corresponde a la cefalea primaria de la tos. Su prevalencia estimada en la población general es del 1% a lo largo de la vida y representa alrededor del 1% de los pacientes que buscan atención por cefalea. Suele afectar más a menudo a personas mayores de 40 años, con una edad media de presentación de 67 años, aunque también puede ocurrir en personas más jóvenes, sin una clara diferencia de género⁴⁶.

La etiopatogenia de esta cefalea es desconocida. La teoría más común es que se debe a un aumento rápido de la presión abdominal y torácica, que reduce el drenaje venoso del cerebro a través de un sistema con válvulas incompetentes. Esto provoca una elevación transitoria de la presión intracraneal, que estimula las neuronas nociceptivas intradurales y perivasculares⁴⁶.

La cefalea primaria de la tos se caracteriza por un dolor intermitente que aparece de forma súbita durante o inmediatamente después de un acceso de tos u otras situaciones desencadenantes. Usualmente es bilateral (40-90%), aunque puede ser unilateral o holocraneal. Se localiza comúnmente en la región frontotemporal, aunque también puede presentarse en la región occipital o en el vértex. El dolor es intenso o moderado y puede ser punzante, terebrante, opresivo o expansivo, variando incluso en un mismo paciente. La duración suele ser de pocos segundos a algunos minutos, generalmente menos de 30, aunque puede extenderse hasta 2 horas. Normalmente, no se asocia con náuseas, vómitos, fotofobia, sonofobia o síntomas autonómicos⁴⁶.

Las cefaleas provocadas por la tos se agrupan con las cefaleas inducidas por el ejercicio físico y la actividad sexual dentro de las “cefaleas de esfuerzo”. Estas cefaleas se desarrollan con una fuerza máxima, voluntaria o no, durante un breve periodo, en lugar de un ejercicio físico prolongado. Aunque estas cefaleas pueden asociarse entre sí, sus diferencias clínicas permiten diferenciarlas habitualmente³⁷.

2.10.13.1 Criterios diagnósticos de la cefalea de la tos primaria

La cefalea de la tos primaria es un tipo de dolor de cabeza poco común, desencadenado por maniobras de esfuerzo como toser, estornudar o inclinarse. A diferencia de otros tipos de cefaleas, esta se caracteriza por la aparición súbita de un dolor intenso y

breve. Para su diagnóstico, es crucial diferenciarla de otras afecciones mediante una evaluación cuidadosa. La identificación precisa de los criterios diagnósticos es fundamental para asegurar un manejo adecuado y evitar complicaciones.

Tabla 8. Criterios diagnósticos de la cefalea de la tos primaria

Al menos dos episodios de cefalea que cumplan los criterios B-D
Provocada exclusivamente por la tos, esfuerzo brusco breve u otra maniobra de Valsalva, y que ocurre solamente en asociación con estas circunstancias
Inicio súbito
Duración entre 1 segundo y 2 horas

Fuente: tomado de la referencia ⁴⁶.

Como se describe los criterios diagnósticos para la cefalea de la tos primaria, un tipo de dolor de cabeza que se desencadena específicamente por la maniobras de esfuerzo por toser. Para su diagnóstico, se requiere que el paciente haya experimentado al menos dos episodios de cefalea que cumplan con los criterios B y D de la tabla 8. Estas cefaleas aparecen de manera repentina y la duración de estos episodios son leves o entre 1 minuto y 2 horas.

2.10.14 Cefalea por uso excesivo de medicación

Dolor de cabeza que aparece en pacientes con una cefalea primaria preexistente (60-80% casos de migraña) con una frecuencia de 15 o más días al mes, que se desarrolla como consecuencia del abuso habitual de medicación aguda o sintomática contra la cefalea (≥ 10 o ≥ 15 días al mes, según el fármaco) durante más de tres meses. Se presume que se producen cambios en la excitabilidad neuronal cortical y del sistema trigeminovascular, y procesos de sensibilización a nivel central y periférico en pacientes con una cefalea primaria de base y susceptibilidad genética que desarrollan un consumo frecuente de analgésicos⁵².

Es una entidad frecuente en la práctica clínica y con una importante repercusión socioeconómica, psicológica y física. Es más frecuente en adultos de 30-60 años de edad y en mujeres. El principal factor de riesgo es la ingesta excesiva de medicación; otros factores de riesgo son: que la cefalea primaria sea una migraña, alta frecuencia e intensidad de las

crisis, que los fármacos de abuso sean barbitúricos, opioides, triptanes o combinaciones de analgésicos, mayor discapacidad asociada, alodinia, rasgos de personalidad obsesivos o disfóricos, comorbilidad psiquiátrica, consumo de otras sustancias (tabaco, cafeína o tranquilizantes), patologías gastrointestinales o musculoesqueléticas comórbidas, mayor índice de masa corporal, sedentarismo y bajo nivel educativo y/o socioeconómico. El diagnóstico es clínico⁵².

La base del tratamiento es la retirada del fármaco en cuestión, que puede realizarse a nivel ambulatorio o bien hospitalizado, si lo precisara, asociado a tratamiento preventivo. Suele, aunque no siempre, remitir al detener el abuso de medicación. Puede aparecer un síndrome de abstinencia tras la retirada, con aumento de la cefalea, náuseas, vómitos, trastornos del sueño, ansiedad, taquicardia e hipotensión. La tasa de recaídas es del 20-40% durante el primer año⁵².

2.11 Cefaleas Secundarias

Las cefaleas secundarias son dolores de cabeza que ocurren como consecuencia de una condición subyacente, como una lesión, infección, o enfermedad vascular. A diferencia de las cefaleas primarias, donde el dolor es la enfermedad en sí, las cefaleas secundarias son síntomas de otro problema de salud, lo que hace crucial identificar y tratar la causa subyacente. La evaluación oportuna y el diagnóstico preciso son esenciales para abordar la afección primaria y prevenir posibles complicaciones graves⁴⁶.

2.11.1 Cefalea atribuida a traumatismo craneal

El traumatismo craneal se define como una lesión estructural o funcional producida por la acción de fuerzas externas sobre la cabeza (golpearse la cabeza con un objeto, penetración de un cuerpo extraño, explosiones u ondas expansivas, y otras). Esta cefalea aparece o se agrava (aumenta al menos al doble la frecuencia y/o intensidad de una cefalea preexistente) dentro de los siete días siguientes al traumatismo, de haber recobrado el conocimiento o de haber recuperado la capacidad de sentir dolor. Su fisiopatología no está clara. Pueden ser factores de riesgo para su aparición tener historia de cefalea, el sexo

femenino, la comorbilidad psiquiátrica y la intensidad leve del trauma. El uso excesivo de medicación sintomática, el contexto de problemática psicosocial o los traumatismos previos pueden favorecer su cronificación⁴⁶.

Se recomienda realizar estudio de neuroimagen a los pacientes que hayan sufrido un traumatismo craneoencefálico moderado o grave, hayan presentado focalidad neurológica o alteración de la personalidad o de la conducta. El tratamiento sintomático consiste en analgésicos simples, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y triptanes, en el caso de que la cefalea tenga características migrañosas. El tratamiento preventivo es el de elección para cada cefalea primaria según el fenotipo que presente la cefalea atribuida al traumatismo craneal. Para la cefalea tipo tensión, la amitriptilina o la mirtazapina, y para la cefalea tipo migraña, los betabloqueantes, topiramato, gabapentina, amitriptilina.

2.11.2 Cefalea atribuida a episodio isquémico cerebral

La cefalea atribuida a ictus o accidente isquémico transitorio se desarrolla en relación temporal con otros síntomas o signos del episodio isquémico. En torno al 30% de los ictus y al 16-36% de los accidente isquémico transitorio asocian cefalea. Sus características se exponen en la siguiente tabla⁴⁶:

Tabla 9. Características de cefalea atribuida a episodio isquémico cerebral

Pocas veces es síntoma inicial o prominente
Inicio agudo generalmente
Localización holocraneal o unilateral
Cualidad variable (sorda, opresiva, punzante)
Intensidad no relacionada con la gravedad, tamaño o localización del ictus
Más frecuente ictus de circulación posterior, a nivel supratensional topográfica insular u opercular
Más frecuente: sexo femenino, edad joven, antecedentes de ictus o migraña

Fuente: tomado de la referencia ⁴⁶.

La cefalea atribuida a un episodio isquémico cerebral tiene características particulares que la diferencian de otros tipos de cefaleas. Aunque puede acompañar a un ictus, raramente es el síntoma inicial o prominente, lo que significa que usualmente se presentan otros síntomas neurológicos antes de que aparezca el dolor de cabeza.

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

2.3 Enfoque

La definición del enfoque metodológico es el primer paso a la definición de la manera que se recogerán los datos, como serán analizados e interpretados. El enfoque incluye el diseño Interpretación de resultados, conclusiones, redacción del informe mismo del instrumento. A grandes rasgos, en la dinámica del quehacer investigativo de las Ciencias Sociales se puede distinguir dos enfoques metodológicos: el cuantitativo y el cualitativo. Ambos se diferencian por su lógica interna: diseño de investigación, técnicas e instrumentos que utilizan para recoger la información, tipo de información recolectada, el proceso de análisis, entre otras características⁵³.

3.1.2 Enfoque cualitativo

Como tal se dice que los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos. De ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta⁵³.

Además, provoca una serie de efectos tales como, la gran variabilidad existente en la manera de afrontar el análisis: Imprecisión y confusión de conceptos, multiplicidad de métodos, más descripción que interpretación, riesgo de especulación, escasa visión de conjunto, aleatorización entre otros, hasta tal punto que hoy día no podríamos hablar del análisis cualitativo, sino más bien de los análisis cualitativos⁵³.

La investigación cualitativa enfatiza en: (a) El reconocimiento de que el investigador necesita encuadrar en los estudios, los puntos de vista de los participantes; (b) La necesidad de inquirir cuestiones abiertas; (c) Dado que el contexto cultural es fundamental, los datos deben recolectarse en los lugares donde las personas realizan sus actividades cotidianas; (d) La investigación debe ser útil para mejorar la forma en que viven los individuos; y (e) Más

que variables "exactas" lo que se estudia son conceptos, cuya esencia no solamente se captura a través de mediciones⁵³.

2.4 Tipo de investigación

El tipo de investigación es una herramienta de clasificación con base en los siguientes criterios: por el propósito, la investigación puede ser básica o aplicada; según los medios usados para obtener los datos, puede ser documental, de campo o experimental; atendiendo al nivel de conocimientos que se adquieren, podrá ser exploratoria, descriptiva o explicativa; dependiendo del campo de conocimientos en que se realiza, es científica o filosófica; conforme al tipo de razonamiento empleado, es espontánea, racional o empírico-racional; acorde con el método utilizado, es analítica, sintética, deductiva, inductiva, histórica, comparativa y conforme al número de investigadores que la realizan, es individual o colectiva⁵³.

2.4.1 Investigación Descriptiva

Los estudios descriptivos miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así y valga la redundancia describir lo que se investiga. El investigador elige una serie de conceptos a medir que también se denominarán "variables" y que se refieren a conceptos que pueden adquirir diversos valores y medirse, (en el siguiente capítulo se detalla el concepto de variable), los mide y los resultados le sirven para describir el fenómeno de interés⁵⁴.

Por otra parte, los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver. Aunque, desde luego, pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y se manifiesta el fenómeno de interés, su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables medidas⁵⁴.

Para esta investigación fue necesario centrarse en la problemática principal que es el abordaje farmacéutico que se brinda a los usuarios que padecen cefaleas y que acuden a las farmacias comunitarias del cantón de Curridabat posteriormente fue necesario realizar una revisión bibliográfica con el objetivo de verificar si el tema en estudio era viable para tal investigación, una vez que se concluyó dicho acontecimiento se procedió al desarrollo del tema en general, la elaboración del marco teórico y elección y validación del instrumento el cual, posteriormente será aplicado y en relación a sus resultados se podrá ofrecer un congreso de información que demostrará si la pregunta de investigación planteada se cumple. Por último, se discutirán cada uno de los objetivos específicos planteados y se brindarán las conclusiones y recomendaciones respectivas de acuerdo al análisis de los resultados obtenidos por medio del método científico utilizado.

3.3 Población y muestra

La población se puede definir como el conjunto de personas u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación. La muestra se refiere a un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación. En sí la muestra es una parte representativa de la población⁵⁵.

La muestra de la presente investigación corresponde a los farmacéuticos comunitarios de las farmacias del Cantón de Curridabat. Como parte de la población analizada se seleccionaron 14 regentes farmacéuticos que corresponden a 14 farmacias comunitarias del Cantón de Curridabat a los cuáles, se les aplicó una entrevista guiada de forma presencial para conocer el abordaje farmacéutico en pacientes con cefalea con el objetivo de mejorar la atención en el periodo de enero a agosto 2024.

3.4 Fuentes de información

Las fuentes de información son instrumentos para el conocimiento, búsqueda y acceso a la información. La difusión del uso de la comunicación a través del ordenador y de flujos de información a través de Internet, adquiere una importancia estratégica decisiva en las sociedades desarrolladas⁵⁶.

3.4.1 Fuentes de información primarias

Contienen información original, que ha sido publicada por primera vez y que no ha sido filtrada, interpretada o evaluada por nadie más. Son producto de una investigación o de una actividad eminentemente creativa⁵⁶.

Dentro de las fuentes primarias consultadas se tienen: OMS (Organización Mundial de la Salud), OPS (Organización Panamericana de la Salud), Elsevier (Editorial académica con sede en los Países Bajos que se especializa en contenido científico, técnico y médico), Scielo (Scientific Electronic Library Online) para la publicación y difusión electrónica de revistas científicas, su origen y evolución, su metodología, componentes, servicios y potencialidades, así como su implantación en España, Binnas(Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social), Redalyc(La Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal), RUCR(Revista Universidad de Costa Rica),UCR(Universidad de Costa Rica), entrevista guiada a los regentes farmacéuticos.

3.4.2 Fuentes de información secundarias

Contienen información primaria, sintetizada y reorganizada. Están especialmente diseñadas para facilitar y maximizar el acceso a las fuentes primarias o a sus contenidos. Componen la colección de referencia de la biblioteca y facilitan el control y el acceso a las fuentes primarias⁵⁶.

3.4.3 Fuentes de información terciarias

Son guías físicas o virtuales que contienen información sobre las fuentes secundarias. Forman parte de la colección de referencia de la biblioteca. Facilitan el control y el acceso a toda gama de repertorios de referencia, como las guías de obras de referencia o a un solo tipo, como las bibliografías⁵⁶.

3.5 Criterios de búsqueda de información

Los criterios de inclusión y exclusión se utilizan para determinar la validez de un estudio así como también, de los métodos y resultados. Dentro de los criterios de inclusión y exclusión se deben de identificar y tener en cuenta la población a la cual se aplican los

diferentes resultados para así poder identificar y examinar las características principales del estudio y de los participantes por otra parte es necesario recordar que los criterios de inclusión y exclusión van de acuerdo con el diseño escogido de dicha investigación y el desarrollo de la misma⁵⁷.

A continuación, se ofrece una tabla que hace referencia a la selección de los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de que esta investigación lleve una línea directa y efectiva con respecto a la selección de información para la revisión bibliográfica.

Tabla 10. Criterios de búsqueda de la información

Objetivo	Descriptor	Motores de Búsqueda	Periodo de Estudio	Idioma
Identificar las prácticas actuales de abordaje farmacéutico en pacientes con cefalea en las farmacias comunitarias privadas del cantón de Curridabat	Prácticas de abordaje farmacéutico en cefalea Farmacias comunitarias de Curridabat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Google académico ▪ Scielo ▪ Redalyc ▪ Elsevier. ▪ Mayo Clinic ▪ EDU ▪ COLFAR ▪ BINASS ▪ CEFAC ▪ OMS ▪ UCR ▪ Medigraphic 	2015-2024	Español Inglés.
Evaluar la adecuación de los	Evaluación del despacho de Medicamentos en cefalea.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Google académico 	2015-2024.	Español Inglés.

<p>tratamientos recomendados por los regentes farmacéuticos en las farmacias comunitarias privadas del Cantón de Curridabat para el manejo del dolor asociado a cefalea</p>	<p>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Scielo ▪ Redalyc ▪ Elsevier. ▪ MayoClinic ▪ EDU ▪ COLFAR ▪ BINASS ▪ CEFAC ▪ OMS ▪ UCR ▪ Medigraphic 		
<p>Determinar acciones dirigidas a los regentes farmacéuticos para el fortalecimiento de su enfoque en el abordaje de pacientes con cefalea en las farmacias comunitarias privadas con énfasis en la promoción de buenas prácticas de seguimiento farmacoterapéutico</p>	<p>Acciones para el enfoque farmacéutico de los pacientes con cefalea Seguimiento terapéutico. Promoción de las buenas prácticas de seguimiento farmacológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Google académico ▪ Scielo ▪ Redalyc ▪ Elsevier. ▪ MayoClinic ▪ EDU ▪ COLFAR ▪ BINASS ▪ CEFAC ▪ OMS ▪ UCR ▪ Medigraphic 	<p>2015-2024.</p>	<p>Español Inglés.</p>

Fuente: Elaboración Propia, 2024

3.6 Criterios de Inclusión y Exclusión

A continuación, se ofrece una tabla que hace referencia a la selección de los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de que esta investigación lleve una línea directa y efectiva con respecto a la selección de información para la revisión bibliográfica.

Tabla 11. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Artículos relacionados con cefalea	Artículos relacionados solo con migrañas
Artículos en inglés o español sobre las cefaleas	Artículos en portugués u otro idioma
Artículos que incluyan el abordaje farmacéutico del paciente con cefalea	Artículos que excluyan el abordaje farmacéutico dentro de la patología de cefalea
Artículos relacionados con la adecuada atención de las farmacias comunitarias	Artículos relacionados con atención de farmacias hospitalarias
Artículos que evidencien el adecuado tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico de los pacientes con cefalea	Artículos que apoyen el uso libre de los AINES como único tratamiento efectivo para la cefalea.
Artículos que incluyan artículos científicos de alto nivel de credibilidad	Artículos con baja credibilidad científica
Artículos científicos que incluyan el manejo farmacológico de la cefalea en general	Artículos científicos que incluyen el manejo de trastornos neurológicos y otras migrañas

Fuente: Elaboracion Propia, 2024

3.7 Variable de investigación

A continuación, se presenta la tabla que corresponde a las distintas variables de investigación acompañadas de los indicadores, objetivos e instrumentos que fueron indispensables para la realización de este documento.

Tabla 12. Variable de investigación

Objetivo	Variable	Indicador	Instrumentos
Identificar las prácticas actuales de abordaje farmacéutico en pacientes con cefalea en las farmacias comunitarias privadas del cantón de Curridabat	Revisión de el correcto abordaje farmacéutico del paciente con cefalea	Prácticas actuales Abordaje farmacéutico	Aplicación de entrevista guiada, revisión bibliográfica.
Evaluar la adecuación de los tratamientos recomendados por los regentes farmacéuticos en las farmacias o unitarias privadas del Cantón de Curridabat para el manejo del dolor asociado a cefaleas	Diversos tratamientos usados por farmacéuticos de farmacias comunitarias privadas para el manejo de cefaleas	Tratamientos para el manejo del dolor por cefalea	Aplicación de entrevista guiada, revisión bibliográfica.

Determinar acciones dirigidas a los regentes farmacéuticos para el fortalecimiento de su enfoque en el abordaje de pacientes con cefalea en las farmacias comunitarias privadas con énfasis en la promoción de buenas prácticas de seguimiento farmacoterapéutico	Pasos a seguir para el adecuado fortalecimiento de su enfoque en el abordaje de pacientes con cefalea en las farmacias comunitarias privadas con énfasis en la promoción de buenas prácticas de seguimiento farmacoterapéutico	Identificación de acciones por parte de gentes en el manejo de cefalea Buenas prácticas de seguimiento farmacológico	Aplicación de entrevista guiada, revisión bibliográfica.
---	--	---	--

Fuente: Elaboracion Propia, 2024

1.8 Descripción de Instrumentos

En esta investigación se selecciona como instrumento una entrevista la cual se define como método de investigación que recopila información, datos y comentarios por medio de una serie de preguntas específicas⁵⁸. Las entrevistas se realizaron con la intención de hacer suposiciones sobre una población, grupo referencial o muestra representativa, la misma se aplicó de forma presencial a los regentes farmacéuticos de las farmacias comunitarias del cantón de Curridabat, la misma constó de 17 preguntas que permitían conocer la opinión de los regentes con respecto al tema de estudio tomando en cuenta que en el área de la salud son una muy útil herramienta de investigación que permite obtener información confiable sobre el estado de salud de la población, el acceso a los servicios relacionados con la salud, y en general sobre temáticas relacionadas con este aspecto tan relevante de la población.

3.9 Validación del instrumento

Como parte del proceso de aplicación de instrumento fue indispensable la validación del instrumento de recolección de información, por tanto, se solicitó a regentes farmacéuticos colaborar en una entrevista que posteriormente se aplicará a los regentes farmacéuticos de las farmacias comunitarias del Cantón de Curridabat. A continuación, se presenta con su respectivo cargo.

Tabla 13. Profesionales que colaboran en la validación de entrevista

Nombre del Profesional	Cargo que desempeña
Emma Rodríguez Mora	Regente farmacéutico
María Fernanda Ramos Morales	Regente farmacéutico
Gabriela María Soto Mora	Regente farmacéutico
Jessica Calderón Aguilar	Regente farmacéutico
Leandra Canales Torrente	Regente farmacéutico
Fernanda Moya Leandro	Regente farmacéutico
Celeste Chacón Mora	Regente farmacéutico
Mónica Carranza Barboza	Regente farmacéutico
José Roberto Chaves Gutierrez	Regente farmacéutico
Sofia Gonzalez Elizondo	Regente farmacéutico
Susana Juarez Guitierrez	Regente farmacéutico
Maria Cristina Castro Masis	Farmacéutica y profesora universitaria
Ronald Francisco Martinez Dormond	Farmacéutico y profesor universitario

Fuente: elaboración propia, 2024.

3.10 Datos de los entrevistados

En lo que respecta a esta investigación las entrevistas se realizan con la intención de hacer obtener datos importantes de la población de estudios. En lo que respecta a este trabajo final de graduación las entrevistas son indispensables para poder dar respuesta a los objetivos de investigación y discutir adecuadamente los aspectos relevantes del tema de estudio.

La entrevista fue validada y posteriormente aplicada de manera presencial en distintas farmacias del cantón , a continuación, se enlista las farmacias de las cuales los farmacéuticos (as) colaboraron en la misma.

Lista 1. Farmacias que participaron de la entrevista

- Farmacia Fischel Guayabos
- Farmacia La Bomba Guayabos
- Farmacia Mas x Menos
- Farmacia Sucre Multiplaza
- Plaza Sucre Plaza Cronos
- Farmacia Saba Curridabat
- Farmacia Walmart Curridabat
- Farmacia La Bomba Plaza del Sol
- Farmacia FarmaValue Curridabat
- Farmacia Valenciano
- Farmacia Fischel Pinares
- Farmacia Santa Lucia Plaza Freses
- Farmacia La Bomba Ciudad del Este
- Farmacia La Bomba Zapote 2

3.11 Tratamiento de la investigación

La investigación científica es un proceso riguroso y sistemático que tiene como objetivo adquirir nuevo conocimiento, comprender fenómenos y resolver problemas a través de la observación, el análisis y la experimentación. El primer paso en el proceso de investigación científica es identificar un problema o una pregunta de investigación. Esto implica definir claramente qué es lo que se quiere investigar y por qué es relevante. La formulación de una pregunta de investigación específica y significativa es fundamental para guiar todo el proceso⁵⁸.

Por otra parte, antes de comenzar una investigación, es importante revisar la literatura existente sobre el tema. Esta revisión permite conocer las investigaciones previas relacionadas con el problema y comprender el estado actual del conocimiento en el área. La revisión de la literatura también ayuda a identificar brechas en el conocimiento que la investigación actual podría llenar. Además, el diseño de la investigación es el plan detallado que se establece para abordar la pregunta de investigación. Esto incluye la selección de métodos de recopilación de datos, la determinación de la muestra o participantes, la elaboración de instrumentos de investigación y la planificación de las etapas de recopilación y análisis de datos⁵⁸.

A partir de lo anteriormente mencionado, se lleva a cabo la recopilación de datos de acuerdo con el diseño de investigación establecido. Esto puede incluir la realización de encuestas, experimentos, entrevistas, observaciones u otras técnicas de recopilación de información. Una vez que se recopilan los datos, se procede al análisis. Esto implica la interpretación y organización de los datos para identificar patrones, relaciones y conclusiones. Las herramientas estadísticas y de análisis desempeñan un papel crucial en esta etapa.

Por último, con base en el análisis de datos, se interpretan los resultados y se sacan conclusiones. Se evalúa si los resultados respaldan o refutan la hipótesis o pregunta de investigación planteada al inicio y se resumen las conclusiones y se discuten en el contexto de la literatura existente. Se analizan las implicaciones de los hallazgos y su relevancia para el campo de estudio⁴⁵.

CAPÍTULO IV- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se muestran y analizan los resultados obtenidos de acuerdo con la entrevista aplicada en dicha investigación. Además, se ofrecen datos bibliográficos importantes que forman parte indispensable de esta investigación. También se incluyen algunos aspectos de una guía educativa para el fortalecimiento de su enfoque en el abordaje de pacientes con cefalea en las farmacias comunitarias privadas con énfasis en la promoción de buenas prácticas en el abordaje farmacéutico.

4.1 Objetivo 1. Identificar las prácticas actuales de abordaje farmacéutico en pacientes con cefalea en las farmacias comunitarias privadas del cantón de Curridabat.

En el objetivo 1 se pretende entender cómo se están manejando actualmente los tratamientos farmacológicos para pacientes con cefalea en las farmacias comunitarias privadas del cantón de Curridabat. En otras palabras, se trata de identificar qué medicamentos se están dispensando, cómo se están recomendando, y si los farmacéuticos están siguiendo protocolos específicos o basándose en su experiencia personal para aconsejar a los pacientes. Este objetivo también podría incluir la evaluación del manejo actual de los farmacéuticos respecto a los distintos tipos de cefalea, la adherencia a guías clínicas, y la identificación de posibles áreas de mejora en la atención farmacéutica.

Para dar respuesta a este objetivo se toma en cuenta de la pregunta 1 a la 8 de la entrevista guiada aplicada a los regentes farmacéuticos del cantón de Curridabat, la misma será desarrollada a continuación con su respectiva discusión de cada caso.

A continuación, la pregunta 1 aplicada en la entrevista fue: ¿Cuántos años tiene laborando como regente de farmacias de comunidad en la zona?, se recibió respuestas que se visualizan en la tabla 14.

En la tabla 14 se muestran los años que cuenta cada regente farmacéutico, de las farmacias de comunidad del cantón de Curridabat tener noción de la experiencia que tienen laborando en la zona.

Tabla 14. Tiempo de laborar en farmacias de comunidad del cantón de Curridabat

Entrevistado	Respuesta
R1	15 años
R2	15 años
R3	14 años
R4	14 años
R5	13 años
R6	11 años
R7	8 años
R8	7 años
R9	6 años
R10	4 años
R11	4 años
R12	2 años
R13	1 año y 2 meses
R14	2 años

Fuente: elaboración propia, 2024.

Sobre la información obtenida a través de los entrevistados, se puede observar el tiempo que tienen laborando los regentes farmacéuticos en las farmacias de comunidad de Curridabat, el mismo se presenta en un rango de 1 año a 15 años de experiencia, siendo 2 regentes con los años más altos equivalente a 15 años y 2 regentes con 14 años de laborar en las farmacias de la zona que de acuerdo con la literatura puede afirmarse que 4 de los regentes entrevistados cuentan con una experiencia laboral mayor al resto lo cual puede significar que tienen una perspectiva un poco más amplia en cuanto la oferta de servicios farmacéuticos.

Lo anterior se sustenta en la literatura de la siguiente forma: La calidad es un concepto clave hoy en día para los servicios sanitarios y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos para el paciente y un impacto final en la salud. Los fundamentos de la calidad son el conjunto de principios, métodos y estrategias que intentan movilizar a los profesionales, con el propósito de ofertar buenos servicios y conseguir la satisfacción del cliente⁵⁹.

Por último, la atención de alta calidad requiere que un farmacéutico tenga un conocimiento profundo de la atención farmacológica y de cómo funcionan los servicios que se ofrecen en las farmacias comunitarias, entendiendo que el conocimiento por sí solo no es suficiente y no garantiza el éxito, si no que se debe acompañar de experiencia, excelencia y calidad⁵⁹.

A continuación, la pregunta 2 ¿Qué tan frecuentes son las consultas por cefaleas en la farmacia en que labora? se recibió respuestas que se visualizan en la siguiente tabla 14.

En la tabla 15 muestra la frecuencia de consultas que reciben los regentes de las farmacias comunitarias del cantón de Curridabat por síntomas relacionados con algún tipo de cefalea.

Tabla 15. Frecuencia de consultas por cefalea

Entrevistado	Respuesta
R1	Alta
R2	Alta
R3	Alta
R4	Alta
R5	Alta
R6	Alta
R7	Alta
R8	Alta
R9	Alta
R10	Alta
R11	Media
R12	Media
R13	Media
R14	Media

Fuente: elaboración propia, 2024.

De acuerdo con la tabla 15 se evidencia que la frecuencia de las consultas por cefalea es alta siendo que, 10 regentes de 14 entrevistados así lo menciona, lo cual, concuerda con la bibliografía consultada donde documenta que las cefaleas constituyen uno de los trastornos de consulta más frecuentes en atención primaria y en farmacias comunitarias La cefalea en general es todavía 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 ello, es importante que el farmacéutico sepa distinguir los casos que van a poder ser tratados por él mismo, de los que se deben derivar al médico con el fin de aliviar los signos de los pacientes y evitar problemas relacionados con la medicación⁶⁰. Por lo anterior, se puede afirmar que el farmacéutico es un profesional indispensable en la cadena sanitaria en lo que respecta a las consultas por cefalea y cualquiera de sus síntomas relacionados.

A continuación, la pregunta 3 efectuada fue: ¿Cuántas consultas recibe por semana? se recibió respuestas que se visualizan en la siguiente tabla 16.

La tabla 16 representa la cantidad de consultas semanales que reciben los regentes en las diferentes farmacias del cantón de Curridabat.

Tabla 16. Consultas por semana

Entrevistado	Consultas por semana
R1	12
R2	105
R3	105
R4	10 o más
R5	No contesto esta pregunta
R6	6
R7	8
R8	30
R9	12 a 18
R10	20
R11	20
R12	40

R13	18
R14	6

Fuente: elaboración propia, 2024.

De acuerdo a la tabla mostrada las consultas por cefalea van en un rango de 6 a 105 consultas por semana lo cual, es una cantidad significativa si se toma en cuenta que este número solo corresponde a las farmacias comunitarias del cantón de Curridabat. Este dato concuerda con lo discutido anteriormente, en donde se menciona que las consulta por cefalea son muy frecuentes en los servicios de atención primaria y farmacias comunitarias.

Por otra parte, estos datos están asociados de cierta manera con la tabla siguiente que expone los tipos de cefalea que conocen los farmacéuticos del cantón de Curridabat en donde podría decirse que los mencionados corresponden a los tipos de cefaleas que más atienden en su intervención como farmacéuticos comunitarios de dicho cantón. Esto permite tener una idea de cuáles son los tipos de cefalea que mayormente padecen los pacientes del cantón de Curridabat.

Por otro lado, en la pregunta 4 se consultó: **¿Cuáles tipos de cefalea conoce?;** se recibió respuestas que se visualizan en la tabla 17

En esta pregunta se pretende examinar cuáles tipos de cefaleas manejan los farmacéuticos entrevistados. De los 14 entrevistados hubo respuestas que se repetían en cuanto a los tipos de cefalea, por lo anterior, se realizó la tabla 16 en donde se recopilan los tipos mencionados y la cantidad de veces que los diferentes farmacéuticos coincidieron.

Tabla 17. Tipos de cefalea conocidas por los farmacéuticos

Tipo de cefalea	Veces que se repite por farmacéuticos
Migrañosa	9
Tensional	6
No contestaron	1

3 tipos	1
Por localización	1
Alimentaria	1
Por presión arterial alta	3
Por problemas de visión	2
Por padecimientos graves	1
Estrés	4
Migraña en racimo	2
Abuso de medicación	1
Neuralgia	1

Fuente: elaboración propia, 2024.

La tabla 17 expone que dentro de las cefaleas más conocidas por los regentes farmacéuticos del cantón de Curridabat se encuentran la cefalea migrañosa, la cefalea tensional y la cefalea producto de estrés e hipertensión. De acuerdo con OMS se estima que la prevalencia mundial de la cefalea (al menos una vez en el último año) en los adultos es de aproximadamente 50%⁶¹.

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 causa. Además, la cefalea tensional o por estrés que se produce al menos 15 días al mes, se observa en más del 70% de ciertos grupos de población⁶¹.

Además, con respecto a la cefalea por hipertensión arterial se puede decir que algunos fármacos antihipertensivos previenen una considerable proporción de cefaleas. Sin embargo, a su vez ello apunta a que la elevada presión arterial puede ser causa de cefalea. La incertidumbre que todavía existe sobre si las cifras elevadas de presión arterial son causa de cefalea, no quita que, a efectos prácticos, se puedan utilizar antihipertensivos para prevenir enfermedades vasculares y cefaleas⁶². Por tanto, en este caso la opinión de los regentes es

acertada y los 4 tipos de cefalea que mencionan son relevantes y pueden ser tomados como los más frecuentes en la población del cantón de Curridabat.

A continuación, se desglosan las respuestas de la pregunta 5 efectuada: ¿Ha podido identificar el desencadenante que genera con mayor frecuencia la consulta de la cefalea?; se recibió las respuestas que se visualizan en la tabla 18.

En esta sección se analizan los hallazgos relacionados con la identificación del principal desencadenante que motiva a los pacientes a buscar atención médica para el tratamiento de la cefalea.

Tabla 18. Desencadenante de las cefaleas

Entrevistado	Respuesta
R1	Estrés
R2	Estrés
R3	Estrés
R4	Estrés
R5	Estrés
R6	Estrés
R7	Estrés
R8	Estrés
R9	Estrés
R10	Estrés
R11	Estrés
R12	Tensión
R13	No
R14	Alimentación

Fuente: elaboración propia, 2024.

En la tabla 18 se observa que 11 regentes mencionaron el estrés como principal desencadenante de las cefaleas lo cual es particularmente significativo y acertado de acuerdo a la bibliografía ya que según Mayo Clinic, en el 2022, el estrés es un desencadenante común de dolores de cabeza y migraña tensionales; también puede desencadenar otros tipos de dolores de cabeza o empeorarlos⁶³.

Adeva et al⁶⁴, 2015, también destaca lo siguiente con respecto a los desencadenantes de la cefalea: “Los factores más frecuentemente recogidos son las alteraciones mentales,

incluyendo el estrés y/o tensión, los estímulos físicos como las luces brillantes o parpadeantes o los olores, y los factores alimentarios, como determinados alimentos o la pérdida de alguna comida y factores hormonales, incluyendo la menstruación o los anticonceptivos hormonales”. Por tanto, se puede afirmar que aunque la mayoría de los regentes menciona como principal desencadenante el estrés no se pueden despreciar las otras posibles causas que antes son mencionadas.

Por otra parte no se puede dejar de lado el componente nutricional mencionado por uno de los regentes ya que de acuerdo con la bibliografía consultada la migraña es un trastorno muy prevalente, multidimensional y complejo, influenciado por factores genéticos, ambientales y la dieta. Para luchar contra el problema resulta deseable:

- Conseguir un adecuado control del peso.
- Reducir el contenido en grasa de la dieta.
- Aumentar la relación de ácidos grasos ω -3 / ω -6.
- Disminuir el índice glucémico de la dieta.
- Identificar alimentos desencadenantes y evitarlos.
- Dietas cetogénicas.
- Conseguir una adecuada hidratación.
- Evitar las deficiencias en vitaminas implicadas en el metabolismo de la homocisteína: B12, B6, B2 y fólico.
- Evitar la deficiencia en vitamina B2, magnesio y antioxidantes (vitaminas E y C).
- Mejorar la microbiota intestinal (fibra, verduras, hortalizas, probióticos, prebióticos, etc.)⁶⁵.

A continuación, en la pregunta 6 efectuada se busca conocer cómo se lleva a cabo la identificación del tipo de cefalea por el que consulta el paciente en las farmacias comunitarias; de la cual se recibió las respuestas que se visualizan en la tabla siguiente.

Tabla 19. Identificación del tipo cefalea

Entrevistado	Respuesta
R1	Entrevista
R2	Entrevista
R3	Entrevista
R4	Entrevista
R5	Entrevista
R6	Entrevista
R7	Entrevista
R8	Entrevista
R9	Entrevista
R10	Síntomas
R11	Síntomas
R12	Síntomas
R13	Síntomas
R14	No

Fuente: elaboración propia, 2024.

De acuerdo con Gabo et al⁶⁷, la cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuentes por lo que realizar una adecuada anamnesis y exploración es fundamental, dado que desde la primera visita y sin necesidad de realizar ninguna exploración complementaria podemos llegar a un diagnóstico correcto, y así empezar un tratamiento adecuado. La literatura anterior reitera la respuesta de la gran mayoría de los regentes para la identificación del tipo de cefalea por la que consultan los pacientes, ya que, 9 de los regentes entrevistados mencionan que en la entrevista farmacéutica pueden conocer cuál es el tipo de cefalea que padece el paciente lo cual, es indispensable para realizar un correcto abordaje farmacológico.

Por otra parte, Gabo et al⁶⁷, sugiere tomar en cuenta los siguientes puntos a la hora de realizar la anamnesis al paciente que padece cefalea, dentro de estos se puede considerar la edad de inicio, además de los siguientes:

- Instauración: súbita, gradual, tiempo hasta el acmé, frecuencia: diaria, semanal, mensual/alternancia crisis-remisiones
- Duración: segundos, minutos, horas, días, semanas, meses, años.

- Horario: matutina, vespertina, nocturna, hora fija/ritmo circadiano y/o estacional.
- Remisión: brusca, progresiva, permanece desde el inicio.
- Característica: pulsátil, terebrante, urente, lancinante, opresiva, intensidad: leve, moderada o intensa, incompatibilidad con la vida.
- Diaria: despierta por la noche.
- Factores desencadenantes o agravantes: estrés, patrón del sueño, ejercicio físico, factores hormonales (menstruación, anticonceptivos), dietas, alcohol, cambios atmosféricos: maniobras de valsalva (tos, coito...), cambios posturales.
- Factores atenuantes: medicamentos, descanso/dormir, posición decúbito, síntomas acompañantes y momento de aparición (previo al dolor/ durante/ posteriormente), náuseas/vómitos, sono/foto/osmofobia, fotopsias, escotomas, hemianopsia, diplopía⁶⁶.

Adicionalmente, en la pregunta 7 se busca determinar lo siguiente: ¿Podría enumerar al menos 5 síntomas que presenta su paciente a la hora de consultar por cefalea?; a lo cual se recibió las respuestas que se visualizan en la tabla 20.

En esta sección se discuten los síntomas más frecuentes reportados por los pacientes que padecen dicho trastorno.

Tabla 20. Síntomas que más presentan en cefaleas

Síntomas	Veces que se repite
Nauseas/vómitos	9
Visión borrosa	3
Dolor en la base de la cabeza	2
Aura	1
Dolor alrededor de los ojos	2
Estrés	1

Inflamación	1
Adicción al café	1
Dolor en la frente	1
Molestia al ruido	1
Sensibilidad a la luz	7
Sensibilidad al ruido	7
Aturdimiento	1
Solo dolor	4
Palpitaciones	1
Insomnio	1
Sensación punzante	1
Padece de la vista	1

Fuente: elaboración propia, 2024.

La tabla anterior muestra que las náuseas, vómitos, sensibilidad al ruido y la luz, y la visión borrosa; son los síntomas más reconocidos por los regentes de las farmacias comunitarias del cantón de Curridabat, esto en los pacientes que manifiestan molestias por cefalea.

La literatura menciona como sintomatología de las cefaleas: náuseas, vómitos, ftofobia, intolerancia al ruido, fotopsias, vértigo, visión borrosa, inestabilidad, hemiparesia, afasia entre otros⁶⁸. Todos estos síntomas pueden ser parte de la cefalea; sin embargo, varían dependiendo de cada paciente, en algunos pueden presentarse todos o bien el dolor acompañarse de uno o dos síntomas; he aquí la importancia de que el farmacéutico realice un breve interrogatorio al paciente antes de considerar la recomendación de algún fármaco, puesto que en muchas ocasiones el paciente no consulta solo por el dolor que experimenta a causa de la cefalea sino también por los síntomas relacionados a esta que pueden llegar a incapacitar al paciente o requerir un manejo diferencial. Adicional a lo anterior, es importante mencionar a que la sintomatología depende también del tipo de cefalea que se presente puesto que algunas pueden evolucionar con diferentes características del dolor, duración e incapacidad.

A continuación, la pregunta 8 efectuada fue: ¿Considera que las alteraciones del sueño pueden ser un factor que desarrolle las cefaleas?; de la cual se recibió respuestas que se visualizan en la tabla 21.

En esta sección se examinará los resultados relacionados con las alteraciones del sueño en pacientes que padecen de la cefalea, analizando como esto puede actuar como desencadenante.

Tabla 21. Alteraciones del sueño en la cefalea

Entrevistados	Respuesta
RI	Sí
R2	Sí
R3	Sí
R4	Sí
R5	Sí
R6	Sí
R7	Sí
R8	Sí
R9	Sí
R10	Sí
R11	Sí
R12	Sí
R13	Sí
R14	Regente no lo menciona

Fuente: elaboración propia, 2024.

En relación a la tabla 21, 13 de los 14 regentes entrevistados afirman que las alteraciones del sueño son un factor importante para desarrollar cefaleas lo cual, de acuerdo con Tomas V, 2019, se ha demostrado que la población afectada por cefaleas tiene un mayor número de trastornos del sueño, fundamentalmente insomnio, excesiva somnolencia diurna y parasomnias⁶⁹. Además, se cree que existe relación entre el sueño y el dolor de cabeza

desde hace más de un siglo. Los dolores de cabeza y los problemas de sueño son dos de los motivos más frecuentes de consulta en la práctica clínica; la cefalea en su forma más severa afecta al 2-3% de la población y puede ser muy discapacitante⁶⁹.

Las alteraciones del sueño pueden desencadenar crisis en casos de cefalea tensional episódica y complicar y exacerbar el dolor de cabeza. En el caso de la cefalea tensional crónica se ha visto que la mayoría de los pacientes que la padecen también sufren de insomnio y se postula que alteraciones del sueño pueden contribuir de manera importante a la progresión de la forma episódica a la crónica. Además, otras condiciones psiquiátricas como la ansiedad y la depresión se presentan de manera concomitante en los pacientes y contribuyen a complicar aún más el diagnóstico y el tratamiento⁶⁹. En este punto en particular la mayoría de los regentes entrevistados tuvieron una respuesta acorde con respecto a la base literaria revisada para respaldar la presente investigación.

Para finalizar este objetivo se puede mencionar que se logró identificar las diferentes prácticas que utilizan los regentes para abordar las cefaleas en las farmacias comunitarias del cantón de Curridabat, dentro de las mismas se puede hacer evidentes la clasificación del tipo de cefalea por los síntomas asociados y la recomendación de medicamentos de acuerdo a las necesidades de cada paciente así como también la utilización de métodos como anamnesis para conocer cuáles son algunas de las causas que pueden desencadenar los episodios de cefaleas en los usuarios de las farmacias comunitarias del cantón de Curridabat.

Las siguientes, tablas y listas también forman parte de las entrevistas aplicadas a los regentes de las farmacias privadas del cantón de Curridabat en busca de conocer cuáles son los tratamientos comúnmente recomendados para el manejo de la cefalea y si se ofrecen opciones de manejo farmacológico y no farmacológico como medida integral del abordaje de la cefalea.

4.2 Objetivo 2. Evaluar la adecuación de los tratamientos recomendados por los regentes farmacéuticos en las farmacias comunitarias privadas del cantón de Curridabat para el manejo del dolor asociado a cefalea.

El objetivo 2 se orienta evaluar la adecuación de los tratamientos recomendados por los regentes farmacéuticos en las farmacias comunitarias privadas del cantón de Curridabat para el manejo del dolor asociado a cefalea con el fin de conocer detalladamente el abordaje que prestan los regentes farmacéuticos hacia los pacientes que padecen de cefalea y cualquiera de sus síntomas asociados.

Además, es importante mencionar que se toman en cuenta de la pregunta 9 a la 13 de la entrevista guiada aplicada a los regentes farmacéuticos del cantón de Curridabat, la misma será desarrollada a continuación con su respectiva discusión de cada caso.

A continuación, se presentan las respuestas obtenidas a la pregunta 9 de la entrevista: ¿Cuáles acciones dentro del marco de atención farmacéutica realiza usted con ese tipo de pacientes?; dichas respuestas se recopilan en la tabla 22.

Se presenta en la siguiente tabla las pautas más utilizadas por los regentes para al abordaje del paciente con cefalea. Al coincidir las respuestas de varios entrevistados, se recopilan las coincidencias con la cantidad de regentes que lo mencionan.

Tabla 22. Pautas utilizadas para el abordaje terapéutico en el paciente que acude a su consulta por cefalea

Pauta	Cantidad de veces que se repite
Analgésicos	2
Antiinflamatorios	1
Antimigrañosos	1
Antivertiginosos	1
Tratamiento individualizado	2
Referir al médico	3
Tratamiento por 5 días	1
Entrevista	2
Historial de cefaleas	2
Revisar hidratación	1

Fuente: elaboración propia, 2024.

Según la opinión de los regentes entrevistados sobre las pautas para el abordaje terapéutico de la cefalea, esta va desde entrevista, tratamiento individualizado, historial de cefaleas, uso de analgésicos y referir al médico. La bibliografía consultada menciona que la evaluación de la cefalea debe centrarse en la identificación de tipo de cefalea y los síntomas de la misma, posteriormente a esto debe realizarse una breve anamnesis en donde se detallen las características del dolor como: localización, intensidad, inicio, duración y frecuencia, acompañado de los factores que la exacerban y/o la hacen desaparecer (p. ej., posición de la cabeza, hora del día, sueño, luz, sonidos, actividad física, olores, masticación)⁷⁰.

Además, es importante considerar el historial de cefalea consultando al paciente la frecuencia de los episodios, el patrón temporal y la respuesta a los tratamientos. Por último el tratamiento de la cefalea varía según la necesidad de cada paciente y de ser necesario se recomienda la intervención del médico de cabecera⁷⁰. Con respecto a lo anterior se puede considerar que los regentes brindaron una respuesta acertada con respecto al abordaje de la cefalea ya que las diversas pautas mencionadas son complementarias en el manejo de estos pacientes.

El listado siguiente que se ofrece es el resultado de las terapias que los regentes del cantón de Curridabat recomiendan con mayor frecuencia a sus pacientes que padecen cefalea.

Lo anterior se asocia a la pregunta 12 aplicada a los entrevistados: ¿Cuáles son las terapias que utiliza con mayor frecuencia para mejorar los síntomas presentados en los pacientes que consultan por cefalea?; las respuestas se visualizan a continuación.

Tabla 23. Terapias que se recomiendan con mayor frecuencia para mejorar los síntomas presentados en los pacientes que consultan por cefalea

Medicamentos utilizados con mayor frecuencia para mejorar los síntomas de la migraña	
Medicamentos	Veces que se repiten
Aines	2

Antimigrañoso	3
Analgán	1
Dolgenal	4
Avamigran	2
Dexketofrofeno	9
Cataflam / Diclofenaco	2
Celecoxib	1
Etoricoxib	2
Mencetamol	1
Ergotaminas	1
Relajantes musculares	2
Naproxeno	2
Acetaminofen	2
Migradorixina	3
Suero	1
Deskan-C	1
Esomprazol	1
Estilo	1
Desflezacort	1
Valdure	1
Relert	1
Biprofenit	1
Migretil	2
Avamigram	1
Gravol	1
Famodil	1
Dexametasona / Alin	1
Newcoxib	1
Paraconica plus	1

Fuente: elaboración propia, 2024.

En la actualidad, el tratamiento farmacológico para la cefalea puede ser el siguiente:

Figura 2. Tratamiento farmacológico de las cefaleas

CLASIFICACIÓN	CARACTERÍSTICAS	FÁRMACOS PARA PREVENIR CEFALÉAS	FÁRMACOS PARA PONER FIN A LAS CEFALÉAS
Cefaleas primarias Cefalea en racimos	Fijar los objetivos de los cuidados y los objetivos deseados e identificar las actuaciones de enfermería apropiadas	Litio y verapamilo	DHE, ergotamina, glucocorticoides, lidocaína, oxígeno y sumatriptán
Migrañas	Moderada o intensa, a menudo unilateral, generalmente pulsátil; con o sin aura	Antagonistas de los receptores β -adrenérgicos, anticonvulsivos, antidepresivos, antagonistas de los canales del calcio, AINE, y antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT ₂	DHE, ergotamina, isometepteno, AINE, tramadol y triptanosa
Cefalea tensional	Leve o moderada, bilateral, no pulsátil; presión similar a una cinta	Amitriptilina	Relajantes musculares y AINE
Cefaleas secundarias	Las características varían dependiendo de la causa subyacente	Ninguno	Ninguno (tratar el trastorno subyacente)

Fuente: tomada de la referencia bibliográfica⁷¹.

De acuerdo con la lista 1 se puede afirmar que los tratamientos farmacológicos que mencionan los regentes para el tratamiento de cefalea son adecuados ya que, como se menciona en la literatura, se incluyen como posibles terapias los antimigrañosos, AINES, ergotaminas, triptanos, analgésicos comunes; entre otros, que coinciden con lo indicado por los farmacéuticos comunitarios del cantón de Curridabat, sin embargo es necesario mencionar que en cuanto a los relajantes musculares que mencionaron algunos de los regentes entrevistados no existe evidencia que respalde su uso en los diferentes tipos de cefalea, por tanto, este sería un manejo farmacológico que podría clasificarse como inadecuado debido a que no hay base científica que lo respalda⁷².

A continuación, la pregunta 13 efectuada a los entrevistados fue: ¿Utiliza alguna guía para el abordaje terapéutico en el paciente con cefaleas? cuenta con alguna herramienta o sistema de registro electrónico para darle seguimientos a estos pacientes?

La tabla 24 señala lo referente a la utilización de guías o herramientas para el abordaje terapéutico del paciente con cefalea según los entrevistados.

Tabla 24. Utilización de guías o herramientas para el abordaje terapéutico en el paciente con cefaleas.

Entrevistados	Respuesta
RI	No
R2	No
R3	No
R4	No
R5	No
R6	No
R7	No
R8	No
R9	No
R10	No
R11	No
R12	No
R13	No
R14	Algunas veces

Fuente: elaboración propia, 2024.

En la tabla anterior se evidencia que 13 de los entrevistados no utilizan como base ninguna guía para el abordaje terapéutico de los pacientes con cefaleas. Dicho abordaje de la cefalea en la carcasa comunitaria está dado por un conjunto de puntos que pueden llevar al farmacéutico a la toma de decisiones adecuadas para cada paciente, tal y como se menciona en la discusión de la tabla 23 de la presente investigación.

Sin embargo, en este punto existe discrepancia con la literatura ya que de acuerdo con la Sociedad Española de Neurología, la guías para la cefalea son una herramienta importante ya que permiten realizar una anamnesis dirigida y un abordaje oportuno para el pacientes así como también objetivista de forma adecuada el tratamiento y seguimiento⁷².

Dentro de las guías que existen actualmente para el manejo de la cefalea se pueden mencionar: Manual de práctica clínica en cefalea de la Sociedad Española de Neurología, Guía del abordaje integral de cefalea por la Asociación Colombiana de neurología, Guía

práctica de cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología entre otras. Las guías o manuales antes mencionados por lo general contienen pautas para realizar una anamnesis en el paciente con cefalea, tratamiento farmacológico y no farmacológico, seguimiento y educación al paciente⁷².

Por tanto, es importante mencionar que la falta de utilización de guías por parte de los farmacéuticos no es precisamente porque no exista material sino que podría deberse a que existe cierta desinformación de este tema, en específico sobre el abordaje farmacológico en disidentes tipos de migraña y su diversa sintomatología.

En cuanto a lo que evidencia este objetivo en particular se puede mencionar que la utilización de guías con respecto a las cefaleas es deficiente aún habiendo bibliografía que respalda su uso como una herramienta importante y una forma de abordar adecuadamente la cefalea sin evadir ningún aspecto relevante para el tratamiento y manejo, sin embargo, a pesar de que los regentes no utilizan ningún tipo de guía realizan un abordaje aceptable en cuanto al tratamiento de la cefalea en general. También se puede mencionar como punto a favor de los regentes entrevistados que utilizan la entrevista como una de los puntos indispensables para identificar el tipo cefalea y buscar la opción terapéutica que mejor se adapte a la sintomatología y características del dolor que presentan los pacientes.

Con el objetivo de conocer las acciones de los regentes farmacéuticos para el fortalecimiento del enfoque en el abordaje de pacientes con cefalea en las farmacias comunitarias privadas y la promoción de buenas prácticas en el seguimiento farmacoterapéutico se detallan y discuten una serie de tablas y listas que permiten evidenciar la opinión de los regentes con respecto a lo antes mencionado, además en este tercer objetivo se presenta una propuesta de guía de consulta rápida para el manejo del paciente con cefalea en la farmacia comunitaria, lo anterior atendiendo la necesidad que los regentes del cantón de Curridabat dijeron tener por este tipo de material de apoyo.

4.3 Objetivo 3. Determinar acciones dirigidas a los regentes farmacéuticos para el fortalecimiento de su enfoque en el abordaje de pacientes con cefalea en las farmacias

comunitarias privadas con énfasis en la promoción de buenas prácticas en el seguimiento farmacoterapéutico.

El objetivo 3 busca establecer acciones concretas que los regentes farmacéuticos pueden implementar para mejorar su manejo de pacientes con cefalea en las farmacias comunitarias privadas. Para enfatizar tales acciones se tomaron en cuenta las preguntas de la 14 a la 16 de la entrevista guiada aplicada a los regentes farmacéuticos del cantón de Curridabat, la misma será desarrollada a continuación con su respectiva discusión de cada caso.

Las acciones que se mencionan con anterioridad se refieren al fortalecimiento en su enfoque terapéutico, especialmente en lo que respecta a la promoción de buenas prácticas en el seguimiento farmacoterapéutico, lo anterior podría implicar la elaboración de protocolos de seguimiento, la actualización constante de conocimientos sobre tratamientos de cefalea, y la integración de herramientas de evaluación que permitan un monitoreo más efectivo y continuo del estado de los pacientes, garantizando un tratamiento adecuado y seguro.

Dentro de las acciones que se pueden fortalecer se pueden mencionar: el historial de cefaleas de cada pacientes, identificación de síntomas que puedan alertar al paciente de un posible episodio, identificación de medicación errónea o abuso de la misma que pueden llevar al paciente a un estado de cefalea por abuso de medicación y la utilización de fármacos que no cuentan con evidencia científica con respecto al uso como tratamiento de algún tipo de cefalea como es el caso de los relajantes musculares que dentro de la entrevista fueron mencionados por algunos de los regentes como un fármaco que podrían recomendar para el paciente con cefalea.

Por otra parte, con respecto a las buenas prácticas en farmacias son aquellas que responden a las necesidades de las personas que utilizan los servicios farmacéuticos para ofrecer una atención óptima y basada en la evidencia. Para ayudar a estas prácticas, es fundamental que se establezca un marco nacional de estándares y directrices de calidad⁷³.

Como parte de los requisitos de las buenas prácticas en farmacia están⁷³:

- Las buenas prácticas en farmacia requieren de la primera preocupación de un farmacéutico debe ser siempre el bienestar del paciente⁷³.
- Las buenas prácticas en farmacia requieren que el centro de la actividad farmacéutica sea ayudar al paciente a utilizar los medicamentos y otros productos de la manera adecuada⁷³.
- Requieren que una parte integral de la actividad de la actuación del farmacéutico sea promover una prescripción racional y económica de los medicamentos, además correcta dispensación⁷³.

Con respecto a lo anterior, se puede afirmar que el objetivo principal del farmacéutico es atender las necesidades de los pacientes en relación a los medicamentos que toman, colaborar con las administraciones sanitarias para asegurar la prestación farmacéutica y desarrollar todas las cuestiones relacionadas con la salud y dentro de su ámbito de actuación profesional. Del mismo modo el farmacéutico debe asegurar que la población tenga acceso a medicamentos y productos sanitarios, guiando a los pacientes hacia un uso seguro, efectivo, eficiente y responsable, contribuyendo a la consecución de resultados saludables.

La tabla 25 evidencia el resultado obtenido a la pregunta 14 de la entrevista aplicada que fue: ¿Qué tan importante considera usted que es el abordaje farmacéutico en el paciente con cefalea? La misma asociada a la importancia del abordaje farmacéutico en el paciente con cefalea.

Tabla 25. Relevancia del abordaje farmacéutico en el paciente con cefaleas.

Entrevistados	Respuesta
RI	Muy importante
R2	Muy importante
R3	Muy importante
R4	Muy importante
R5	Muy importante
R6	Muy importante

R7	Muy importante
R8	Muy importante
R9	Muy importante
R10	Mucho
R11	Mucho
R12	Fundamental
R13	Fundamental
R14	Fundamental

Fuente: elaboración propia, 2024.

En este aspecto se obtuvo que 11 de los entrevistados considera que el abordaje farmacéutico para el paciente con cefalea es muy importante, mientras 3 mencionaron que es fundamental; se puede decir que los 14 regentes entrevistados mencionan que el abordaje farmacéutico en el paciente con cefalea es un paso imponente; lo anterior porque permite brindar al paciente el tratamiento farmacológico más oportuno con la finalidad de evitar o aliviar los síntomas que la caracterizan y su posible reincidencia.

Según la revisión bibliográfica efectuada, la cefalea en general sigue siendo 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 lo cual, es indispensable saber enfrentarla, bajo un manejo o abordaje inicial adecuado o su derivación oportuna⁷⁴.

Como se menciona anteriormente a pesar de que la cefalea es una patología muy común es frecuente que se realice un abordaje inadecuado favoreciendo con esto la toma de medicamentos indiscriminado y el uso prologado de fármacos que a la larga exacerban más los síntomas e inclusive pueden generar cefalea de rebote por exceso de medicación por tanto el manejo de la cefalea debe ser específico para cada paciente de acuerdo a sus necesidades y el tratamiento recomendado de acuerdo a la severidad de la misma.

Adicionalmente, en la pregunta 15: ¿Considera que una guía del manejo de cefaleas sería útil en el día a día para facilitar la práctica clínica?; se recibió respuestas que se visualizan en la tabla siguiente correspondiente a las respuestas de los entrevistados.

Con el fin de conocer la utilidad diaria de una guía de práctica clínica para el manejo de la cefalea en la farmacia comunitaria se detalla y discute lo recopilado en la tabla 26.

Tabla 26. Utilidad y facilidad de una guía de práctica clínica

Entrevistados	Respuesta
RI	Sí
R2	Sí
R3	Sí
R4	Sí
R5	Sí
R6	Sí
R7	Sí
R8	Sí
R9	Sí
R10	Sí
R11	Sí
R12	Sí
R13	No
R14	En algunos casos

Fuente: elaboración propia, 2024.

En relación a la tabla 26, 12 de los regentes entrevistados menciona que las guías de práctica clínica sí son útiles y facilitan la atención del paciente mientras que, uno de los regentes menciona que no son útiles y otro indica que solamente son útiles en algunos casos. Sin embargo, la literatura que sustenta este punto de esta discusión menciona que las Guías de Práctica Clínica (GPC, sus siglas en inglés) son un conjunto de recomendaciones

desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones de prevención, diagnóstico y tratamiento más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica⁷⁴.

La finalidad de las GPC es mejorar la calidad de la atención de los pacientes y su importancia radica en la responsabilidad del personal sanitario y del sistema de salud es proporcionar un adecuado manejo con base en la mejor y más actualizada evidencia disponible disminuyendo la brecha entre el conocimiento y nuevos tratamientos o tecnologías y el uso de intervenciones innecesarias, inefectivas o dañinas, estableciendo así la mejor práctica con la mejor evidencia para cada situación ayudando a los diferentes actores del sistema de la salud en su desempeño⁷⁴. Por tanto, se puede afirmar que aunque dos de los regentes no concuerden con que las guías de práctica clínica con útiles en cuanto a la facilidad para el abordaje de los pacientes, la literatura de consultada respalda las respuestas obtenidas en la mayoría de los regentes que las guías clínicas si son una herramienta funcional.

A continuación, se detalla una lista con los puntos que los regentes entrevistados consideran que son indispensables para la elaboración de una guía, la misma para el abordaje de pacientes con cefalea en la farmacia comunitaria.

Lista 2. Contenido para una guía educativa para el paciente con cefalea

- Tipos de cefalea: se repite 7 veces
- Síntomas: se repite 2 veces
- Tratamiento: se repite 5 veces
- Duración de tratamiento: se repite 2 veces
- Posibles tratamientos crónicos: se repite 1 vez
- Abordaje terapéutico: se repite 1 vez
- Causas principales: se repite 1 vez
- Evidencia para tratar todo tipo de pacientes: anticoagulados, embarazo, HTA, niños, casos particulares: se repite 1 vez
- Historial médico y de manera electrónica: se repite 1 vez

La lista 2 corresponde a los puntos relevantes que consideran los regentes que debe contener una guía para el manejo oportuno de la cefalea en la farmacia comunitaria siendo tipos de cefalea la que más veces se repitió por 7 regentes y el tratamiento que se repitió 5 veces. Es importante mencionar que a pesar de que no existe un material bibliográfico como tal que indique específicamente los puntos que debe tener una guía para tal tema, los sugeridos por los regentes son considerados óptimos ya que se apegan a las pautas de abordaje terapéutico que se mencionan a lo largo del análisis efectuado en el presente trabajo. Ahora bien, tomando en cuenta que los regentes mencionaron la utilidad de una guía para el manejo de la cefalea en la farmacia comunitaria parece oportuno señalar la importancia y relevancia de las mismas.

Las guías en el ámbito de la salud son documentos fundamentales para la integración de la evidencia científica en la toma de decisiones en salud, ya que ofrecen recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible. Aunque existe una amplia nomenclatura para denominar los documentos que guían a los profesionales de la salud, las guías de alta calidad son aquellas que no solo se enfocan en la evidencia científica, sino que también evalúan aspectos contextuales como el uso de recursos, la aplicabilidad, y las preferencias y valores de los pacientes⁷⁵.

A pesar de su relevancia, es importante señalar que las guías de práctica clínica no son manuales infalibles; pueden presentar limitaciones debido a la variabilidad en la calidad de la evidencia o a las diferencias en los contextos de aplicación. Esta revisión tiene como objetivo clarificar las diferentes denominaciones y tipos de documentos disponibles para orientar a los profesionales de la salud⁷⁵.

4.3.1 Ventajas del uso de las guías

1. Se puede decir que son herramientas valiosas y útiles, ya que se basan en la medicina basada en evidencia. Estas guías orientan el mejor desempeño de las actividades clínicas y promueven la unificación de criterios en diagnóstico y tratamiento, lo que, en última instancia, mejora la atención al paciente⁷⁵.

2. Sistematizan el conocimiento, lo que les ahorra tiempo en su práctica diaria. Se puede decir que son fáciles de seguir, bastante claras, didácticas, específicas y muy completas. Además, se consideran guías de referencia rápida, que facilitan la consulta durante el trabajo clínico⁷⁵.
3. Para directivos y personal operativo, el uso de las Guías de Práctica Clínica brinda certeza y seguridad a quienes basan su práctica en ellas. Por esta razón, consideran indispensable registrar en el expediente clínico el número de la guía en la que se basó la atención al paciente⁷⁵.

1.3.2 Desventajas en el uso de las guías

1. Entrevistados de todos los perfiles identificaron la falta de actualización como una desventaja significativa⁷⁵.
2. Contradicciones entre algunas guías⁷⁵.
3. Hubo opiniones divididas respecto a la adaptación de las Guías en diversos contextos organizacionales.
4. Elaboradas por el personal de la institución donde se aplicarán, ya que esto permite tomar en cuenta los insumos disponibles⁷⁵.

Por último, para cerrar este objetivo de la presente investigación es necesario mencionar que se elaboró una guía de práctica clínica para el manejo y abordaje de la cefalea en la farmacia comunitaria en la misma se incluyen los siguientes puntos: Cefaleas que más conocían los regentes farmacéuticos entrevistados, tratamientos más comunes, pauta para entrevistas al paciente, características de diagnóstico; entre otros.

Estos fueron incluidos de acuerdo a las respuestas que dieron los farmacéuticos entrevistados y la revisión bibliográfica realizada. A continuación, se presentan algunas de las secciones contenidas en la guía mencionada, además la misma se adjunta de forma completa en el Anexo 3.

Figura 7. Portada de la guía de consulta rápida para el abordaje farmacológico de la cefalea desde la farmacia comunitaria

INDICE

<i>I. INTRODUCCIÓN</i>	3
<i>II. OBJETIVO DE LA GUÍA</i>	3
<i>1. ENTREVISTA AL PACIENTE</i>	4
2. CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR LOS TIPOS DE CEFALEA	4
2.1 Características de la Cefalea en Racismos ¹	5
2.2 Características de diagnósticos de migraña Con Aura ¹	6
2.3 Características de diagnósticos de migraña Sin Aura ¹	6
2.4 Características de diagnósticos de Cefalea tipo Tensión episódica infrecuente ¹	7
2.4.1 Características tipo tensión episódica frecuente ¹	8
2.5 Características Cefalea por Ejercicio Físico Primario ¹	8
2.6 Cefalea Asociada a Tos primaria	9
2.7 Cefalea Asociada a Uso Excesivo de Medicación ¹	9
3. TRATAMIENTO	10
3.1 tratamiento para el manejo de la migraña ¹	10
3.2 tratamiento Cefalea Tensional.....	14
3.3 Tratamiento Ejercicio Físico	15
3.4 Tratamiento Cefalea en Racismo.....	15
3.5 Contraindicaciones y efectos secundarios ¹	16
3.6 Otros fármacos ¹	16
3.7 Cefaleas asociada a tos primaria	17
3.8 Tratamiento a Medicamentos no Indicados contra Cefaleas ¹	17
3.9 Cefaleas en Poblaciones Especiales ²	17
4. CRITERIOS DE DERIVACIÓN ³	19
5. CONSEJOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS ³	20



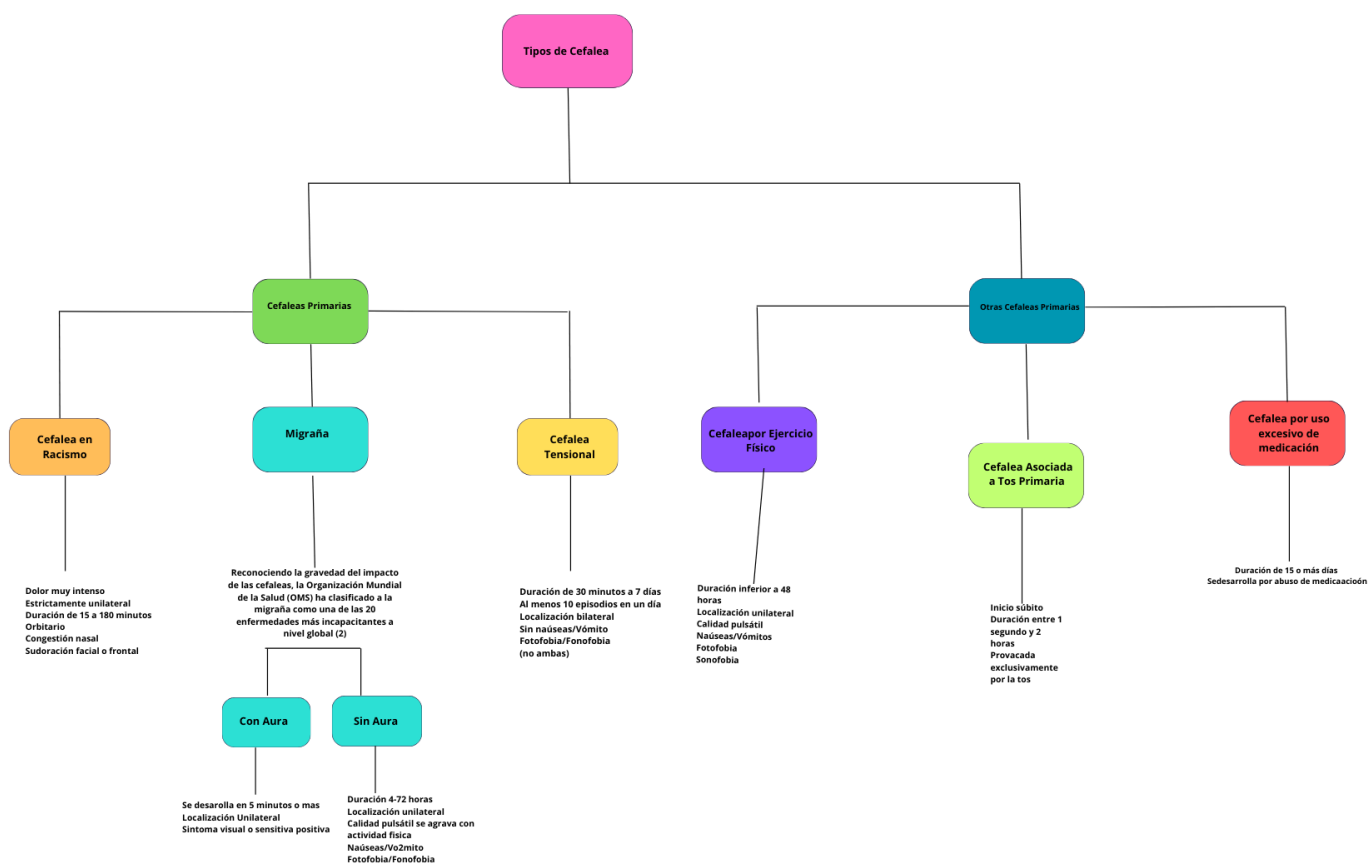
Fuente: elaboración propia, 2024.

En la figura 8 se muestra la tabla de contenidos del documento elaborado, donde se puede tener noción de todos los puntos adicionados a dicha guía.

Figura 8. Índice de contenidos de la guía clínica efectuada para el manejo de cefaleas.

En la siguiente figura 9 se detalla una explicación breve de los diferentes tipos de cefaleas acompañado de las características que permitirá al lector de una manera rápida y sencilla los diferentes tipos de cefaleas.

Figura 9. Tipos de cefalea



Fuente: elaboración propia con base en la referencia⁴⁶.

Como se logra observar en parte de la figura 9 esta información es clara y precisa que nos ayudara a dar un mejor diagnóstico al paciente y así poder lograr tener una terapia farmacológica óptima y con mayor eficacia. Siendo una de las mayores causas en casos de

cefaleas el mal manejo del diagnóstico y su tratamiento lo que con lleva a producir una cefalea crónica.

CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Con respecto a las prácticas actuales del abordaje de la cefalea de los farmacéuticos en las farmacias comunitarias del cantón de Curridabat se puede afirmar que se logra identificar que los regentes entrevistados utilizan algunas técnicas para abordar las cefaleas en las farmacias comunitarias del cantón de Curridabat, las cuales consisten en clasificación del tipo de cefalea por los síntomas asociados y la recomendación de medicamentos de acuerdo a las necesidades de cada paciente así como también la utilización de métodos como anamnesis.
- Se logra identificar por parte de los regentes entrevistados que la utilidad de un buen abordaje es la facilidad que este puede proporcionar a la hora de identificar las causas que pueden desencadenar los episodios de cefaleas en los usuarios de las farmacias comunitarias del cantón de Curridabat.
- Se puede afirmar que en el cantón de Curridabat la cantidad de consultas por cefalea es significativa por lo que se hace indispensable la claridad de los regentes farmacéuticos con respecto al abordaje de sus pacientes, esto con el fin de evitar repercusiones no favorables en el tratamiento de los distintos tipos de cefaleas.
- Con respecto a la opinión obtenida en la entrevista aplicada sobre la utilización de guías para el abordaje y manejo de cefaleas es deficiente aún habiendo bibliografía que respalda su uso como una herramienta importante y una forma de abordar adecuadamente la cefalea sin evadir ningún aspecto relevante para el tratamiento y manejo, sin embargo, a pesar de que los regentes no utilizan ningún tipo de guía realizan un abordaje aceptable en cuanto al tratamiento de la cefalea en general.
- Aunque no existió unanimidad por parte de los regentes con respecto a la utilidad de las guías de práctica clínica, 12 de los regentes mencionaron la utilidad de un material de este tipo para el manejo de la cefalea en la farmacia comunitaria, por tanto, se elaboró un material que engloba los aspectos más relevantes del proceso de abordaje de las cefaleas.
- Se identifican como acciones que pueden fortalecer el adecuado abordaje del paciente con cefalea en las farmacias comunitarias del cantón de Curridabat: identificación de síntomas que puedan alertar al paciente de un posible episodio, identificación de medicación errónea o abuso de la misma y la utilización de fármacos que no cuentan

con evidencia científica con respecto al uso como tratamiento de algún tipo de cefalea.

- Dando respuesta a la interrogante de la investigación, se concluye que el panorama que tienen los regentes farmacéuticos con respecto al abordaje de la cefalea en la farmacia comunitaria es parcialmente adecuado ya que, si bien es cierto recomiendan fármacos para el alivio de los síntomas acorde a las guías y en ocasiones realizan anamnesis para conocer las necesidades de los pacientes, por otro lado, ignoran casi en su totalidad la prevención, tratamiento y seguimiento del paciente con cefalea.

5.2 Recomendaciones

- Se motiva a los regentes farmacéuticos a la actualización constante sobre las prácticas actuales del abordaje de la cefalea en las farmacias comunitarias con el objetivo de ofrecer a los pacientes las mejores opciones farmacoterapéuticas
- Se insta a los estudiantes de farmacia y farmacéuticos en general a realizar una buena interrogación a los pacientes que consulten por cefaleas persistentes con el fin de identificar las causas que pueden desencadenar los episodios y evitar consecuencias negativas en los usuarios por uso inadecuado de medicamentos.
- Se recomienda a los regentes valorar la utilización de guías para el abordaje y manejo de cefaleas con el propósito de facilitar y agilizar las decisiones que se toman en la consulta farmacéutica para la recomendación farmacológica o no farmacológica.
- Al COLFAR se recomienda la respectiva revisión y validación del material que se ofrece como parte de esta investigación, incluso divulgación de la misma, la cual pueda servir de consulta rápida para el manejo de la cefalea y garantice a los farmacéuticos la seguridad al abordar los pacientes.
- Resulta importante destacar la importancia de las acciones que pueden fortalecer el adecuado abordaje del paciente en las farmacias comunitarias, por tanto, se insta al cuerpo docente de la Universidad Internacional de las Américas a enfatizar en el alumnado la aplicación de dichas acciones para favorecer la población en donde lleguen a desempeñarse como regentes farmacéuticos.

CAPÍTULO VI- MARCO REFERENCIAL

6.1 Referencias bibliográficas

1. Rojas León C, Segura Cano S, Lizano Barrantes C, Cordero Garcia E. servicios de atención farmacéutica en farmacias de comunidad privada en Costa Rica: percepción de usuarios. Rev OFIL.ILAPHAR [Internet]. 2022[citado el 8 de febrero de 2024];32(4):341-5. Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2022000400006
2. Morrollón N, Belvís R. Cefalea tipo tensión. Medicine [Internet]. 2023;13(71):4166-75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2023.02.003>
3. Viquez G. Protocolo para la identificación y manejo de las cefaleas secundarias en el servicio de emergencias del hospital Rafael Ángel Calderón Guardia [Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Especialidades Médicas para optar al grado y título de Especialidad en Medicina de Emergencias]. Universidad de Costa Rica; 2018
4. Millán Vázquez M, Lamas Péres R, Viguera Romero FJ, Jurado Cobo C, Jiménez Parra M, Gómez Camello A. ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DE LA CEFALEA EN ANDALUCIA. Neurología [Internet]. 2023;38:S1-12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2021.12.004>
5. Lozano J. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Offarm [Internet]. 2021 [citado el 9 de febrero de 2024]; 20(5):96-107. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-fisiologia-diagnosticotratamiento-cefaleas-13013472>
6. Badilla B, Montero N, Mora AI, Castro G, Monge M. Contribución al desarrollo de la educación farmacéutica costarricense: Perfil académico profesional de la persona farmacéutica asistencial. 2018;18(3):1-30. [citado en 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/447/44759784023/html/>
7. El Proceso de Atención Farmacéutica y la Adquisición de Habilidades para la consulta Farmacéutica [Internet]. [citado el 9 de febrero de 2024]. Disponible en <https://www.Lafarmaciahoy.com/wp-content/uploads/2019/05/Curso-Habilidades-AF.pdf>

8. Colfar [citado el 9 de febrero de 2024]. Disponibles en: <http://www.colfar.com/GyP/PE%2016-01-11%20Formato%20de%20Procedimiento%20funciones%20y%20responsabilidades%20ever1.docx>
9. Cefaleas. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Who.int. [citado el 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/headache-disorders>
10. Cefalea como motivo de consulta: la visión desde atención primaria. Neurología [Internet]. 2021;36(8):597–602. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2018.06.003>
11. De la cefalea crónica diaria a la migraña crónica: historia, epidemiología y tratamiento. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/61066/TESIS-2183-230824?sequence=1&isAllowed=y>
12. Evolución histórica del concepto de cefalea tensional: un viaje bibliográfico desde Arnold P. Friedman a nuestros días [Internet]. Sen.es. [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: https://nah.sen.es/vmfiles/vol8/NAHV8N32020109_119ES.pdf
13. Vista de Cefaleas que amenazan la vida [Internet]. Revistacienciaysalud.ac.cr. [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/437/544>
14. Fallas Santana C, Quesada Salas AH, Porras Vargas AG. Cefalea por abuso de medicamentos. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2023;(3):e986. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8910517.pdf>
15. Revista medica sinergia. [citado el 9 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/334/701>
16. Neurología [Internet]. Neurologia.com. [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2022435/esp>
17. Manejo de cefalea migrañosa [Internet]. Saberes de Conocimiento; 2020. Disponible en: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/786>

18. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID [Internet]. Ucm.es. [citado el 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/012e3b71-be87-451f-8f98-5841f715b77a/content>
19. Llamocca P, Quispe H, Alvarado O. 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. 2022.Edu.pe. [citado el 9 de febrero de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7597/T061_42608822_41894942_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Edu.pe. [citado el 9 de febrero de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7597/T061_42608822_41894942_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Muñoz JF, Rueda M, Pradilla O, Volcy M, Hernández N, Ramírez S. guía de la Atención Colombiana de Neurología para el tratamiento preventivo de la migraña crónica, cefalea tipo tensión crónica, hemicránea continua y cefalea diría persistente de novo. Acta Nue Colom. 2020;36(3):131-149. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v36n3/es_2422-4022-anco-36-03-150.pdf
22. Villate S, Buonatte F, Controversias diagnosticas en la clasificación internacional de las cefaleas, III Edicion, Medicina (Buenos Aires). 2023;83:762-771. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol83-23/n5/762.pdf>
23. Ferreira A, da Cunha C, Krymchantowski V, Dolor de cabeza por uso excesivo de medicamentos. Comparacion retrospectiva de tratamientos preventivos. Medication-overuse headache. Retrospective comparison of preventive treatments. Arq Neuropsiquiatr. 2018;76(10):668-73. Disponible en: <https://www.sielo.br/j/anp/a/fMs5s6MGYpFKNrXsZqjnDQP/?format=pdf&lang=en>
24. Fernández P, Alguacil D, Molina F, Terapia manual en adultos con cefalea tensional: revisión sistémica. Neurología España; 36(7): 537-547. Disponible en <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-220090>

25. Chejne F, Guajardo J, Ayón H, Ramos A, Juárez A, Manejo intervencionista en cefaleas. Rev. Mexicana de Anestesiología. 2017;40:8-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cmas171d.pdf>
26. Melean L, Anzola G, Navarro A, Castro A, Castro J, Bermúdez D, Gac Méd Caracas. 2024;132(1);25-34. Disponible en: www.researchgate.net/publication/3777508259 Caracterización clínica de la cefalea en adultos asistentes a consulta general en Municipio Chacao
27. Vázquez D, Yarzabal R, Doménech V, Herrero P, Bellosta P. Análisis de la efectividad de la técnica de punción seca en cefaleas: revisión sistémica. Neurología [Internet]. 2022;37(9):806-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2019.09.010>
28. García F, Catrilef MA, Fuentes Y, Garabito S, Aravena V, Estrategias de afrontamiento, estrés percibido y bienestar psicológico en individuos con cefalea primaria. Act. Colom. Psicol. 2021;24(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552021000100008&script=sci_arttext
29. Rodríguez H, Vega H. Cefalea y medicina natural y tradicional. Invest. Medicoquir. 2020;12(3) [Internet]. Medigraphic.com. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cmq-2020/cmq203w.pdf>
30. Aragoneses M.E. La historia de la farmacia en cien citas [Trabajo de Fin Grado en Farmacia]. España: Universidad de Sevilla;2020. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/91668/ARAGONESES%20NAVAS%20MARÍA%20EUGENIA.pdf?sequence=1&isAlloed=y>
31. García E, Gil-Girbau M, Murillo M, Prats R. Farmacia comunitaria, adherencia al tratamiento y Covid-19. Sociedad Española de farmacia familiar y comunitaria. [Internet]. 2020 [citado el 10 de agosto 2024];12(3): 58-59. DOI: <https://www.researchgate.net/publication/343157495> Farmacia comunitaria adherencia al tratamiento y COVID-19
32. Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo Dan, Jameson J. Harrison Principios de Medicina Interna, 21e. McGraw Hill Education.2022. [27 de febrero de 2024]. Disponible en:

- <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3118§ionid=267810077#272858218>
33. Láinez JM, Mederer S, Monzón MJ, Soler R. Manual de Practica clínicas en cefaleas recomendaciones diagnostico-terapéutica de la Sociedad Española de Neurología en 2020. [Internet]. Madrid. Luzán 5 Health Consulting, S.A;2020. Disponible en: <https://www.sen.es/pdf/2020/,anualCefaleas2020.pdf>
 34. Gómez P, Velasco F. Zarranz J.J. Cefaleas y algias craneofaciales. Neurología. Elsevier 2018;(9):125-152. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/book/3-s2.0-B9788413822792000090>
 35. OMS.com [citado el 15 de agosto del 2024]. Disponible en: OMS.com [citado el 15 de agosto del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
 36. Vincent M. Los científicos encuentran un vínculo entre el aumento de los dolores de cabeza y las temperaturas más altas para las personas con migraña. 2024. [Internet] Disponible en: <https://medicalxpress.com/news/2024-06-scientists-link-headaches-hotter-temperatures.html>.
 37. Vanja D, Aminoff M. Diagnostico Clinico y Tratamiento 2021. McGraw Hill Education.2021. [27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3002§ionid=255914404>
 38. López-Ruiz Á, López-Terradas JM, Pedreira A. Genética de la migraña: revisión de los genes relacionados. Rev Neurol. 2023;76(3):67-75. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41588-021-00990-0>
 39. Guerrero AL, Herrero-Velázquez S, Peñas-Casares A. Migraña menstrual y hormonodependiente. Neurología. 2022;37(9):623-629. Disponible en: doi:10.1016/j.nrl.2020.12.010.
 40. Combes J, De Rearte S, Castaldo E, Chirre R. Estrés y cefaleas: relación con las cefaleas primarias. Rev Neurol. 2024;79(2):45-53. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-035/369.pdf>
 41. Álvarez M, Sánchez del Río M. Cefaleas y trastornos del sueño. Neurología. 2023;37(8):576-584. Disponible en: <https://neurologia.com/autor/9713/m-sanchez-del-rio>

42. Requejo H, Juárez N, Huertas N. Factores nutricionales asociados a la migraña. *Nutr. Hosp.* 2022;39(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000700016
43. Pons F, Camps C. Cefalea e hipertensión arterial: una revisión. *Rev Clin Esp.* 2024;224(1):25-30. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2001108>
44. Pacheco D, Serrano L. Relación entre cefalea y trastornos psiquiátricos: depresión y ansiedad. *Psiquiatría Biol.* 2024;34(2):89-97. doi:10.1016/j.psiq.2023.03.004.
45. Láinez JM, Mederer S, Monzón MJ, Soler R. Manual de Prácticas clínicas en cefaleas: recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología en 2020. [Internet]. Madrid. Luzán 5 Health Consulting, S.A;2020. Disponible en: <https://www.sen.es/pdf/2020/.anualCefaleas2020.pdf>
46. Segnini JA, Quiros J, Herdoiza CA. Actualización del tema: abordaje de la atención primaria. *Ciencia&Salud* [Internet].2024. [18 de agosto del 2024];8(2). Disponible en: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v8i2.777>
47. Silberstein S. Cefalea tensional. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2023. [18 de agosto del 2024]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-cr/professional/trastornos-neurológicos/cefalea/cefalea-tensional#Signos-y-síntomas_v1040527_es
48. Cefaleas tensionales crónicas: tratamiento en NYC. Chronic Headache Doctors [Internet]. Tratamiento del dolor NYC. 2024. [18 de agosto del 2024]. Disponible en: <https://www.painmanagementnyc.com/es/headaches/cefaleas-tensionales-cronicas/>
49. Martínez C, Díaz B, Domínguez MM, Gamarra D. Clínica y fisiopatología de la cefalea en racimos. Acercamiento a la indicación de neuroestimulación combinada occipital y supraordinaria. 2023,70(2):83-96. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-clinica-fisiopatologia-cefalea-racimos-acercamiento-S0034935621002978>
50. Jorquera M, Izurieta J, Vidal A. Cefalea por esfuerzo físico: orientaciones prácticas para diagnóstico y tratamiento. 2023, 68(2):24-28. *Revista Sochmedep Sociedad*

- Chilena de Medicina del Deporte. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/377237739_Cefalea_por_esfuerzo_fisico_orientaciones_practicas_para_diagnostico_y_tratamiento
51. Garcia J, Porta J, Santos E. Cefalea primaria asociada a actividad sexual. ElServier.2023;161(4):181-182. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-cefalea-primaria-asociada-actividad-sexual-S0025775323002294>
 52. Gómez A, González M, Jurado CM, Viguera J. Guia oficial de cefaleas 2024. Grupo de estudio de cefaleas de la sociedad andaluza de neurología (SANACE). [Internet]. Barcelona. ERGON S.A. Disponible en: https://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2024/06/Guia_Cefaleas_SANACE_2024.pdf
 53. G. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA [Internet]. Www.uv.mx. [citado el 24 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
 54. Josetavarez.net. [citado el 24 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://josetavarez.net/Compendio-Metodologia-de-la-Investigacion.pdf>
 55. López PL. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO. Punto Cero [Internet]. 2004 [citado el 24 de agosto de 2024];09(08):69–74. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012
 56. Miranda Soberón UE, Zully AE. FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 3 de 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/885032/texto-no-2-fuentes-de-informacion.pdf>
 57. Sld.cu. [citado el 24 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v21n5/1727-897X-ms-21-05-1144.pdf>
 58. Cortés Cortés ME, León MI. Generalidades sobre Metodología de la Investigación [Internet]. Unacar.mx. [Citado el 9 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf

59. Venereo C, de las Mercedes M. Calidad en los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios. Rev Cuba Farm [Internet]. 2008 [citado el 28 de agosto de 2024];42(3):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152008000300006
60. María Loreto Cid J. Cefaleas, evaluación y manejo inicial. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2014;25(4):651–7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70086-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70086-0)
61. Org.co. [citado el 28 de agosto de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862017000200013
62. Vinyoles E. Cefaleas y tratamiento de la hipertensión. Metaanálisis con 24.000 pacientes. Hipertens Riesgo Vasc [Internet]. 2006;23(6):199. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1889-1837\(06\)71634-8](http://dx.doi.org/10.1016/s1889-1837(06)71634-8)
63. Dolor de cabeza: disminuye el estrés para prevenir el dolor [Internet]. Mayo Clinic. 2022 [citado el 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/tension-headache/in-depth/headaches/art-20046707>
64. Adeva Bartolomé MT, Feroso García JI. Factores precipitantes de la crisis de migraña. Semergen [Internet]. 2005 [citado el 28 de agosto de 2024];31(8):347–50. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-factores-precipitantes-crisis-migrana-13078399>
65. Hernando Requejo V, Juárez-Torrejón N, Huertas-González N. Nutritional factors associated with migraine. Nutr Hosp [Internet]. 2022 [citado el 28 de agosto de 2024];39(SPE3):69–73. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000700016
66. Gago-Veiga AB, Camiña Muñiz J, García-Azorín D, González-Quintanilla V, Ordás CM, Torres-Ferrus M, et al. ¿Qué preguntar, cómo explorar y qué escalas usar en el paciente con cefalea? Recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. Neurología [Internet]. 2022;37(7):564–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2018.12.006>

67. Cun.es. [citado el 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/dam/cun/archivos/pdf/publicaciones-cun/urgencias/guia-actuacion-cefaleas>
68. Evidenze. Neurología [Internet]. Neurología.com. [citado el 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/200738>
69. Silberstein SD. Abordaje del paciente con cefalea [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-cr/professional/trastornos-neurológicos/cefalea/abordaje-del-paciente-con-cefalea>
70. Clasificación y tratamiento farmacológico efectivo para las cefaleas (en racimos, tensionales y migrañas) [Internet]. www.elsevier.com. Elsevier; 2019 [citado el 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/clasificacion-y-tratamiento-farmacologico-para-las-cefaleas>
71. Samfyc.es. [citado el 28 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2022/04/GuiaCefaleasAP_gecsen_2022.pdf
72. María Loreto Cid J. Cefaleas, evaluación y manejo inicial. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2014;25(4):651–7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70086-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70086-0)
73. Federación Internacional Farmacéutica, & Organización Mundial de la Salud. (2011). Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. La Haya, Holanda: FIP. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/GPP-guidelines-FIP-publication-ES-2011.pdf>
74. Franco JV, Arancibia M, Meza N. Guías de prácticas clínicas: conceptos, limitaciones y desafíos. 2020. MEDWAVE. Disponible en: <https://www.medwave.cl/revisiones/metodinvestreport/7887.html>
75. Hernández C, Flores S, Vértiz JJ, Ruelas MG, Poblano, Saturno PJ. Barreras y facilitadores en la implementación de guías de práctica clínica en México: perspectiva del personal de salud. Salud Pública Mex.2021. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2021/sal215h.pdf>