

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCUELA DE POSTGRADO



**SINTOMAS DEPRESIVOS ASOCIADOS AL ABUSO DE
MEDICAMENTOS EN PACIENTES ADULTOS AMBULATORIOS CON
MIGRAÑA CRÓNICA, TRUJILLO - PERÚ**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

AUTOR:

Gamero Vega Isabel Giulianna

ASESOR:

Caballero Alvarado José Antonio

FECHA DE SUSTENTACIÓN

21 de Junio del 2019

Trujillo – Perú

2019

MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE: Dra. Ofelia Magdalena Córdova Paz soldán

SECRETARIO: Dr. Cristóbal Exebio Cornetero

VOCAL: Dr. Víctor Hugo Bardales Zuta

ASESOR

Dr. José Antonio Caballero Alvarado

Cirujano general del Hospital Regional
Docente de Trujillo Doctor en Investigación Clínica y Traslacional
Universidad Privada Antenor Orrego

DEDICATORIA

A mis padres, hermanas por acompañarme en esta etapa de mi vida y por el gran apoyo que me brindaron, la confianza que depositaron en mí para poder lograr una meta más en mi vida profesional.

A mi hijo por ser mi motor y motivo de superación día a día.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la salud y oportunidad de alcanzar un peldaño más en mi vida profesional.

A mis docentes de la maestría por acompañarme en esta larga experiencia compartiendo su tiempo y conocimientos brindándome su apoyo y comprensión durante toda mi formación académica

A mi asesor el Dr. José Antonio Caballero Alvarado por su tiempo, dedicación y apoyo incondicional en la realización de mi trabajo de investigación.

A mis compañeros de clase donde hubo momentos de compartir e intercambiar conocimientos, experiencias durante todo el tiempo en la maestría.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación de los síntomas depresivos y el abuso de medicamentos en pacientes adultos ambulatorios con migraña crónica en la Clínica SANNA /Sánchez Ferrer, Trujillo, Perú.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal analítico; con una muestra de 65 pacientes adultos con migraña crónica con y sin abuso de medicamentos atendidos en la consulta ambulatoria de la Clínica SANNA/Sánchez Ferrer en la ciudad de Trujillo entre los meses febrero 2018 a abril 2019. En el análisis Univariado se reportó de forma descriptiva presentando para variables Cuantitativas: media/desviación estándar (DE) y para variables categóricas; frecuencias y porcentajes. En el análisis bivariado se presentaron tablas cruzadas para reportar la distribución de los síntomas depresivos y abuso de medicamento, reportándolo mediante filas. En el análisis multivariado con la finalidad de verificar la asociación de abuso de medicamentos y síntomas depresivos con la finalidad de indicar Odds ratios (OR). Las variables síntomas depresivos y abuso de medicamentos reportaron asociación significativa con un $p < 0.05$.

Resultados: La edad promedio de los pacientes con migraña fueron $36,6 \pm 9,81$ años. Fue una muestra predominante femenina 65 (90,7%), son casados 39 (60%), son de grado de instrucción superior 52 (80%), reportan trabajar como empleados de alguna institución o empresa 34 (52.3%), tienen antecedentes familiares de migraña 44 (73,3%), la mayoría de pacientes que abusan de medicamentos en un 51 (78,5%) tuvieron síntomas depresivos 54 (80%); asimismo, mostraron tener asociación significativa ambas variables $X^2=4.48$; p -valor= 0.034. Se reportó que los pacientes con migraña crónica que si abusan de medicamentos tienen mayor riesgo 10.62 veces más probabilidad de padecer síntomas depresivos en comparación de los que no abusan de medicamentos (OR= 10.622; $p = 0.012$)

Conclusiones: Se concluye que la depresión está asociada al abuso de medicamentos en pacientes con migraña crónica.

Palabras Clave: migraña crónica, abuso de medicamentos, síntomas depresivos

ABSTRACT

Objective: To determine the association of depressive symptoms and medication abuse in ambulatory adult patients with chronic migraine at the SANNA / Sánchez Ferrer Clinic, Trujillo, Peru.

Materials and Methods: An analytical cross-sectional study was carried out; with a sample of 65 adult patients with chronic migraine with and without medication abuse attended in the outpatient clinic of the SANNA / Sánchez Ferrer Clinic in the city of Trujillo between February 2018 and April 2019. In the Univariate analysis, it was reported descriptive presentation for Quantitative variables: mean / standard deviation (SD) and for categorical variables; frequencies and percentages. In the bivariate analysis, cross-tabulations were presented to report the distribution of depressive symptoms and medication abuse, reporting it through rows. In the multivariate analysis with the purpose of verifying the association of drug abuse and depressive symptoms in order to indicate Odds ratios (OR). The variables depressive symptoms and drug abuse reported a significant association with $p < 0.05$.

Results: The average age of migraine patients was 36.6 ± 9.81 years. It was a predominantly female sample 65 (90.7%), 39 (60%) are married, 52 are higher education (80%), report working as employees of some institution or company 34 (52.3%), have a history Migraine relatives 44 (73.3%). Likewise, the majority of patients who abuse drugs in 51 (78.5%) and had depressive symptoms 54 (80%) report; also, they showed to have significant association both variables $X^2 = 4.48$; $p\text{-value} = 0.034$. It was reported that patients with chronic migraine who abuse drugs are 10.62 times more likely to suffer from depressive symptoms compared to those who do not abuse drugs (OR = 10.622, $p = 0.012$).

Conclusions: It is concluded that depression is associated with the abuse of medications in patients with chronic migraine.

Keywords: chronic migraine, medication abuse, depressive symptoms

INDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLAN DE INVESTIGACION.....	4
III. MATERIAL Y PROCEDIMIENTOS:	5
IV. RESULTADOS.....	12
V. DISCUSIÓN	16
VI. CONCLUSIONES	18
VII. RECOMENDACIONES	19
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	20
VIII.ANEXOS:	23

I. INTRODUCCIÓN

En el Perú existe una prevalencia de migraña crónica de 18%, y en los demás países del mundo es 14%. La mayor discapacidad por días laborales perdidos y menos días de años de vida saludables son padecidos por pacientes con migraña, teniendo mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos. Los pacientes con migraña episódica pueden convertirse en pacientes con migraña crónica, que sucede cuando tiene más de 15 días al mes. Esto puede suceder de manera espontánea o en asociación con el abuso de medicamentos de venta libre (OTC) (1).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población mundial de adultos entre 18 y 65 años ha sufrido más del 30 % una crisis de migraña al menos una vez en el año 2016 (2). Desde el año 1990 los estudios epidemiológicos observacionales que se realizan para evaluar la Carga Global de Enfermedad (CGE) a nivel mundial, estiman la discapacidad por enfermedad en Años Vividos con Discapacidad (AVD). En el año 2000 se ha considerado a la migraña como una causa de AVD, inicialmente se consideró como causa número 19, luego la séptima causa en 2010 y sexta causa en 2013. Debido a ello se le agregó la cefalea tipo tensional en 2010, y cefalea por abuso de medicamentos en 2013 como la causa número 18 de AVD.

Por este motivo los estudios de CGE en 2015, establecieron a la cefalea de manera colectiva como la tercera causa global de AVD en personas menores de 50 años, siendo de todas las causas de cefalea la cuarta causa de discapacidad en América Latina y migraña la séptima causa (3,4). La discapacidad ocasionada por la migraña afecta las actividades laborales y sociales de manera que ocurre tres veces más frecuente en mujeres que en hombres y afecta con mayor frecuencia a la población en edad productiva (5).

Una de las principales cefaleas primarias es la migraña con o sin aura, según Clasificación Internacional de Cefaleas 3ª edición (ICHD-3) de la Sociedad Internacional de Cefaleas (6). Puede ocurrir de manera episódica o bien, considerarse crónica cuando ocurre > 15 días en el mes por más de 3 meses. La

causa más común de síntomas sugestivos de migraña crónica es el abuso de medicamentos, lo cual se clasifica en la ICHD-3 como una cefalea secundaria. Según la última versión 2018 de la ICHD-3, ambos diagnósticos, migraña crónica (MC) y cefalea por abuso de medicamentos (CSM) pueden realizarse en el mismo paciente de manera concomitante y hasta un 50% de los pacientes puede revertir a migraña episódica al suspender el abuso de medicamentos (6).

Los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la migraña crónica son: agonistas selectivos del receptor de serotonina 1 (5-HT₁) conocidos como triptanos. Existe sólo 2 de 7 medicamentos disponibles en el Perú, la combinación de un triptano con AINE, sumatriptán/naproxeno, que en años recientes ha demostrado eficacia analgésica en las crisis de migraña moderadas o intensas (7). No obstante, los alcaloides ergotamínicos, agonistas 5-HT no selectivos, son los fármacos más frecuentemente utilizados como tratamiento de las crisis de migraña, junto con los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) solos o combinados con cafeína, principalmente en mujeres, quienes consumen más fármacos para migraña (8).

El tratamiento no controlado ergotamínicos y/o su combinación con AINES y/o cafeína puede ocasionar cefalea por abuso de medicamentos, que según la ICHD ocurre cuando se ingieren medicamentos ergotamínicos, triptano, opioide o combinados por más de 10 días en el mes, o cuando se ingiere medicamento analgésico simple más de 15 días al mes (6). El abuso en el consumo de medicamentos durante un año, es un fuerte factor de causalidad temporal para que la migraña episódica se transforme en migraña crónica (9). El tratamiento recomendado y adecuado para una migraña crónica debe incluir fármacos para el ataque agudo de migraña “Triptanos”, junto con el inicio de un medicamento preventivo “amitriptilina” de la migraña y evitar el abuso de medicamentos analgésicos, así como la detección de comorbilidades y su tratamiento (10). En el Perú, existen estudios previos que reportan una incidencia de automedicación de 45% en cefaleas primarias en área rural de Cajamarca (11).

La comorbilidad con trastornos psiquiátricos eleva la carga global de la migraña. La discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con

migraña es mayor cuando la migraña se asocia con depresión o ansiedad (12). Además, la presencia de problemas psiquiátricos son factores de riesgo para la transformación a una forma crónica de migraña (13) y considera desempeñar un papel en la evolución de la migraña a la cefalea por abuso de medicamentos [MS] (14). Por lo tanto, el diagnóstico anticipado y tratamiento para la depresión es importante para el manejo adecuado de los pacientes con migraña. Para estos fines, un instrumento simple y rápido de detección para detectar la depresión es un requisito previo, especialmente en un entorno clínico ocupado.

Por otro lado, existen diversos estudios que muestran que el abuso de medicamentos por pacientes con migraña crónica genera, discapacidad, síntomas depresivos. En una cohorte de mujeres embarazadas en Lima se encontró que aquellas con migraña tenían mayor riesgo de síntomas depresivos moderados a severos (15). En el estudio Eurolight se encontró asociación entre migraña, depresión y ansiedad, así como asociación fuerte con Cefalea por Abuso de Medicamentos (CAM), mientras que la cefalea tipo tensional (CTT) solo se relacionó con ansiedad. Los pacientes con migraña tienen 19% de probabilidad de tener a la ansiedad como una comorbilidad, 7% la depresión y 5% ambas, en comparación con la población general (16). En un entorno clínico ocupado, las entrevistas psiquiátricas tardan mucho tiempo en realizarse. Por lo tanto, la aplicación del PHQ-9 y PHQ-2 podría llevar a un mejor reconocimiento de la depresión en pacientes con migraña. Además, debido a que el PHQ-9 y el PHQ-2 son bastante simples y breves, podrían ser útiles para detectar la presencia de depresión en muchos trastornos neurológicos.

Existe un déficit de estudios realizados en el Perú sobre migraña, se han centrado en determinar la prevalencia de migraña (17,18), estudiar una cohorte de mujeres embarazadas (15)(19–22) o evaluar poblaciones universitarias . Estos estudios varían en las estrategias de muestreo, los métodos y los puntos finales, lo que dificulta las comparaciones entre ellos. Se sabe poco sobre los factores asociados al abuso de medicamentos con migraña crónica en pobladores peruanos, la discapacidad por migraña, su asociación con síntomas depresivos, variables confusoras de carácter biosociodemográfico.

Entender esta asociación puede proporcionar información de utilidad para reducir la carga de enfermedades mentales, carga económica familiar, de salud pública, laboral e individual en poblaciones que padecen migraña crónica. Finalmente resulta necesario que se realicen estudios sobre síntomas de depresión asociados al abuso de medicamentos ya que puede proporcionar información de utilidad para futuras investigaciones, sugerencias para reducir la carga de enfermedades mentales y abuso de medicamentos.

II. PLAN DE INVESTIGACION

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Los síntomas depresivos se asocian al uso excesivo de medicamentos en pacientes adultos ambulatorios con migraña crónica en la Clínica SANNA /Sánchez Ferrer, entre los meses febrero 2018 a abril del 2019, Trujillo-Perú?

OBJETIVOS:

GENERAL:

Determinar la asociación de los síntomas depresivos y el abuso de medicamentos en pacientes adultos ambulatorios con migraña crónica en la Clínica SANNA /Sánchez Ferrer, entre los meses febrero 2018 a abril del 2019, Trujillo, Perú.

ESPECÍFICOS:

OE1: Determinar la distribución según los pacientes adultos ambulatorios con migraña crónica con síntomas depresivos que abusan y no abusan de medicamentos de la Clínica SANNA /Sánchez Ferrer entre los meses febrero 2018 a abril 2019, Trujillo-Perú.

OE2: Determinar los síntomas depresivos en pacientes adultos ambulatorios con migraña crónica que abusan y no abusan medicamentos de la Clínica SANNA /Sánchez Ferrer entre los meses febrero 2018 a abril del 2019, Trujillo-Perú.

OE3: Determinar las características sociodemográficas clínicas de los pacientes adultos ambulatorios con migraña crónica de la Clínica SANNA /Sánchez Ferrer entre los meses febrero 2018 a abril del 2019, Trujillo-Perú.

HIPÓTESIS:

Hipótesis nula (Ho)

Ho: Los síntomas depresivos no se asocian al abuso de medicamentos en pacientes adultos ambulatorios con migraña crónica

Hipótesis alterna (Ha)

Ha: Los síntomas depresivos se asocian al abuso de medicamentos en pacientes adultos ambulatorios con migraña crónica

III. MATERIAL Y PROCEDIMIENTOS:

3.1. Material

Diseño del estudio:

Estudio de análisis de datos secundarios de tipo observacional, transversal, analítico.

3.1.1. Población:

Pacientes con diagnóstico de migraña crónica atendidos en la consulta ambulatoria de la Clínica SANNA/Sánchez Ferrer en la ciudad de Trujillo, Perú, entre los meses de febrero del 2018 a abril del 2019, pertenecientes a un plan de salud, auto referidos a la consulta de neurología por cefalea. Como grupos de exposición existirán dos categorías:

Pacientes con abuso de medicamentos:

Pacientes con migraña crónica con ingesta regular de medicamento para tratamiento de la migraña durante más de 3 meses, definido según tipo de medicamento como: abuso de ergotamínicos más de 10 tabletas al mes, abuso de triptanos más de 10 tabletas al mes, abuso de analgésicos no opiáceos como paracetamol, ácido acetilsalicílico y/o AINES y otros más

de 15 tabletas al mes), abuso de opiáceos más de 10 tabletas al mes, y/o abuso de combinación de analgésicos más de 10 tabletas al mes.

Pacientes sin abuso de medicamentos:

Pacientes con migraña crónica que no cumplen con los criterios diagnósticos para abuso de medicamentos.

3.1.2. Criterios de elegibilidad:

Criterios de selección:

1. Paciente adulto género de 18 a 60 años de edad
2. Migraña crónica diagnosticada según criterios diagnóstico de la ICHD-3 (Anexo 1)
3. Migraña crónica con o sin abuso de medicamentos (Anexo 1)

Criterios de exclusión:

1. Pacientes analfabetos
2. Padecer cualquier enfermedad que ocasione cefalea secundaria, diferente a cefalea por abuso de analgésicos
3. Enfermedad febril aguda, enfermedad metabólica renal, diabética o hepática, cáncer, hipertensión arterial
4. Discapacidad mental para participar en el estudio

3.1.3. Determinación del tamaño de muestra:

Al tratarse de un estudio transversal analítico, se consideró un muestreo aleatorio simple con población conocida para realizar el cálculo de la potencia estadística para evaluar la hipótesis de investigación.

Diseño Estadístico Del Muestreo:

Se realizó el cálculo de poder utilizando el software Epidat v4.1. Para el cálculo, se asumió una probabilidad de ocurrencia de la variable de estudio (P) con varianza máxima siendo igual al 0.5, efecto de diseño 1.0, se consideró un nivel de significancia del 95%, un poder estadístico del 90%, y un tamaño de población 200 personas. Finalmente se obtuvo 65 personas que forman parte de la muestra estadística.

Fórmula:

Cuando la población es infinita (Si N > 100,000 unidades)

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P \cdot Q}{E^2}$$

Datos:

Tamaño de la población: 200
Proporción esperada: 50,000%
Nivel de confianza: 95,0%
Efecto de diseño: 1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
10,000	65

Por lo tanto, el tamaño de muestra será de n=65 participantes.

3.1.4. Operacionalización de variables:

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variables	Escala de medición	Valores finales o categorías
VARIABLES BIO-SOCIODEMOGRÁFICAS					
Edad	Tiempo transcurrido de vida del paciente	Edad calculada según fecha de nacimiento registrada en el DNI	Cuantitativa Discreta	Razón	Edad registrada en la H.C
Género	Características socialmente construidas de mujeres y hombres	Sexo que indica el paciente al momento de entrevistar.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Estado Civil	Contexto de la persona en relación con las leyes relativas al matrimonio o convivencia de un país	Estado civil que indica el paciente al momento de entrevistar.	Cualitativa Politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Viudo • Divorciado • Conviviente
Grado de educación	Último año aprobado de educación más avanzado que declare haber cursado la persona en el Sistema Educativo	Grado de educación que indica el paciente al momento de entrevistar.	Cualitativa politómica	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior Técnico • Superior Universitario
Ocupación	Cargo que desempeña en un centro de labor o lugar.	Ocupación que indica el paciente al momento de entrevistar.	Cualitativa politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Empleado • Profesional independiente

Variable independiente					
Abuso de medicamentos	Consumo excesivo en medicamentos analgésicos	Consumo de analgésicos durante 15 o más en un período de más de 3 meses	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Con abuso • Sin abuso
Variable dependiente					
Síntomas depresivos	Poco interés o placer en hacer las cosas. Sentirse deprimido, deprimido o desesperado.	Resultado del cuestionario PHQ-2 mediante 2 preguntas	Cualitativa	Nominal	Si (escala ≥ 3) No (escala = 0)

3.1.5. Definiciones operacionales:

Depresión: Los estados depresivos suelen ser de intensidad moderada en contraste con la depresión mayor presente en los trastornos neuróticos y psicóticos (21).

La migraña por abuso de medicamentos: Aquel dolor de cabeza dura un periodo de más de 15 días al mes, durante más de 3 meses acompañado del uso excesivo de medicamentos, que son los más para el tratamiento sintomático de la cefalea (1,22).

Procedimientos de obtención de datos:

La información fue tomada a partir de la base de datos de la Clínica SANNA/Sánchez Ferrer en la ciudad de Trujillo. Se ingresó pacientes adultos mayores de 18 años de edad que padecían de migraña crónica y que cumplían los criterios de elegibilidad, que se atendieron en el periodo entre febrero del 2018 abril del 2019.

- Se solicitó la base de datos a la gerencia de la Clínica SANNA/Sánchez Ferrer (Anexo 1)
- Luego se procedió con la limpieza de datos, considerando solo aquellos que tenían todos los datos requeridos para el estudio, aquellos que no tenían alguna información, fueron eliminados o excluidos del estudio.
- Se identificaron pacientes adultos mayores de 18 años de edad que padecían de migraña crónica y se identificaron a los pacientes con y sin abuso de medicamentos, que fue previamente identificado por un médico neuróloga trabajadora de la clínica SANNA. (Anexo 4)
- Se tomaron los datos que se operacionalizaron para el presente estudio (edad, género, estado civil, ocupación, grado de instrucción, antecedente familiar de migraña, abuso de medicamentos y síntomas depresivos, con todo aquello se inició el análisis estadístico del estudio.

3.1.6. Plan de análisis de datos

Análisis Univariado

Se realizó de forma descriptiva presentando para variables Cuantitativas: media/desviación estándar (DE) y para variables categóricas; frecuencias y porcentajes. (**Tabla N° 4**); asimismo. se presentaron gráficos estadísticos según las variables de estudio (**Anexos 6**).

Análisis Bivariado

Se realizó análisis bivariado presentando tablas cruzadas para reportar la distribución de los síntomas de depresivos y el abuso de medicamento, mediante filas, asimismo; se reportó la prueba de Chi cuadrado para reportar la asociación entre la variable dependiente e independiente, siendo significativa con $p < 0.05$. (**Tabla N° 2**)

Análisis Multivariado

Se realizó análisis multivariado con la finalidad de verificar la asociación de abuso de medicamentos y síntomas depresivos, donde la variable independiente se evaluó acompañada de las covariables de estudio utilizando la regresión logística binaria con la finalidad de indicar Odds ratios (OR) (**Tabla N° 1**), se presentó previamente la tabla de clasificación de los datos que ingresaron al modelo (**Tabla N° 3**). Asimismo, se evaluó el supuesto del modelo de regresión mediante la prueba de ómnibus y prueba de Hosmer Lemeshow (**Anexo 5**). Las variables reportaron ser significativas con un $p < 0.05$.

Todos los análisis de datos generados se realizaron con el programa estadístico SPSS versión 24.

3.1.7. Aspectos éticos:

El presente estudio cumplió y respetó con los principios de la declaración de Helsinki (23), asimismo; fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Privada Antenor Orrego de la ciudad de Trujillo.

Se respetó todos los principios éticos de estudios en humanos a partir de una base de datos secundarios, como la confidencialidad de datos, debido a que no se publica ningún dato que permita identificar a los participantes del estudio, siguiendo las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); (24)

Se solicitó la autorización del uso de la base de datos de pacientes con migraña a la gerencia de la Clínica SANNA/Sánchez Ferrer en la ciudad de Trujillo

IV. RESULTADOS

En el análisis multivariado, el cual responde al objetivo general sobre la asociación del abuso de medicamentos y los síntomas depresivos en pacientes con migraña crónica; se reportó que los pacientes con migraña crónica que si abusan de medicamentos tienen mayor riesgo 10.62 veces más probabilidad en comparación de los que no abusan de medicamentos (OR= 10.622; IC85% [1.69 – 66.5] p =0.01). (Tabla 1)

En el análisis bivariado, respondiendo a los objetivos específicos identificando los síntomas depresivos en pacientes adultos ambulatorios con migraña crónica que abusan y no abusan de medicamentos de la Clínica reportó que los pacientes que sí abusan de medicamentos tienden a sufrir síntomas depresivos en un (45) (88.24%) y los que no abusan de medicamentos tienen a sufrir síntomas depresivos en un (9) (64,29%) (Tabla 2). Asimismo, mostraron tener asociación significativa ambas variables $X^2=4.48$; p-valor= 0.034.

En el análisis Univariado, se muestra las características demográficas de los pacientes con migraña crónica que reportan que existe una media (desviación estándar [DE]) de 36,6 (9,81) años. Fue una muestra predominante femenino 65 (90,7%), son casados 39 (60%), son de grado de instrucción superior 52 (80%), reportan trabajar como empleados de alguna institución o empresa 34 (52.3%), tienen antecedentes familiares de migraña 44 (73,3%). Asimismo, reportan la mayoría de pacientes abuso de medicamentos 51 (78,5%) y tener síntomas depresivos 54 (80%) (Tabla 4).

Tabla 1.

MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIADO PARA LA ASOCIACIÓN DE LOS DEPRESIÓN Y EL ABUSO DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES ADULTOS AMBULATORIOS CON MIGRAÑA CRÓNICA DE LA CLÍNICA SANNA /SÁNCHEZ FERRER DE TRUJILLO-PERÚ.

		B	Error estándar	Wald	gl	p-valor	OR	95% C.I. para OR	
								Inferior	Superior
Abuso de medicamentos									
	No					Ref			
	Si	2.36	0.94	6.38	1	0.01	10.62	1.69	66.5
Edad		0.02	0.04	0.39	1	0.53	1.02	0.94	2.55
Genero									
	Masculino					Ref			
	Femenino	-0.25	0.38	0.44	1	0.57	0.78	0.37	1.64
Estado Civil									
	Casado					Ref			
	Soltero/Viudo	0.03	0.75	0.00	1	0.96	1.04	0.24	4.46
Escolaridad									
	Primaria/Secundaria					Ref			
	Superior Técnica o Universitaria	0.51	0.69	0.54	1	0.46	1.66	0.43	6.43
Ocupación									
	Empleado/Profesional Independiente					Ref			
	Ama de casa	-1.44	3.44	0.18	1	0.67	0.24	-8.19	5.29
Constante		2.28	1.74	1.71	1	0.19	9.76		

Fuente: Datos procesados por el autor

Tabla 2.

DISTRIBUCIÓN DE ABUSO DE MEDICAMENTOS SEGÚN LOS PACIENTES ADULTOS AMBULATORIOS CON MIGRAÑA CRÓNICA CON SINTOMAS DEPRESIVOS QUE ABUSAN Y NO ABUSAN DE MEDICAMENTOS DE LA CLÍNICA SANNA /SÁNCHEZ FERRER DE TRUJILLO-PERÚ.

Abuso de medicamentos	Síntomas depresivos				Total	
	No		Si			
	n	%	n	%		
No	5	45,5%	9	16,7%	14	21.5%
Si	6	54.5%	45	83.3%	51	78.5%
Total	11	100.00	54	100.00	65	100.0

Fuente: Datos procesados por el autor

$X^2=4.48$; p-valor= 0.034

Tabla 3.

Tabla de clasificación para el modelo de regresión logística binaria

Observado		Pronosticado		Porcentaje correcto
		Síntomas Depresivos		
		No	Si	
Síntomas depresivos	No	5	9	35.7
	SI	2	49	96.1
Porcentaje global				83.1

Fuente: Datos procesados por el autor

Del mismo modo cumpliendo con los supuestos para el modelo de regresión logística binaria se reportó la tabla de clasificación en el cual nos muestra que nuestros datos reportaron un 83.1% que los datos se ajustan al modelo de regresión comparando los valores esperados y observados

Tabla 4.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS AMBULATORIOS CON MIGRAÑA CRÓNICA EN LA CLÍNICA SANNA /SÁNCHEZ FERRER DE TRUJILLO-PERÚ.

	n (%)
Edad M (SD)	36.6 (9.81)
Género	
Masculino	6 (9.23)
Femenino	59 (90.77)
Estado civil	
Soltero	23 (35.38)
Casado	39 (60)
Viudo	3 (4.62)
Ocupación	
Ama de casa	25 (38.5)
Empleado	34 (52.3)
Independiente	6 (9.23)
Grado de Instrucción	
Primaria	1 (1.54)
Secundaria	9 (13.9)
Superior Técnico	3(4.62)
Superior Universitario	52(80)
Abuso de medicamentos	
No	14 (21.5)
Si	51 (78.5)
Antecedentes familiares	
No	16 (26.8)
Si	44 (73.3)
Síntomas depresivos (SD)	
Sin Síntomas depresivos	11 (16.9)
Con Síntomas depresivoa	54 (83.0)
Total	65

Fuente: Datos procesados por el autor

V. DISCUSIÓN

Gran parte de la población de pacientes ambulatorios con migraña crónica de la Clínica SANNA de la ciudad de Trujillo, fueron de sexo femenino, tuvieron una edad media de 37 años, con grado de instrucción secundaria a más, reportaron trabajar como empleados en alguna institución, mayormente casados y tenían antecedentes de familiares con migraña crónica.

Del mismo modo pacientes con síntomas depresivos 54 (83.0%), la mayor parte de la población, 51 (78.5) reportaron tener abuso de medicamentos. Al investigar en este estudio, los síntomas de depresión estuvieron presente en los pacientes 45(83.3%) pacientes que abusan de medicamentos y que no abusan de medicamentos 9 (16.7%). Constituyendo una proporción con síntomas de depresión mayor de los que abusan de medicamentos en comparación con los que no abusan de medicamentos. Además, el abuso de medicamentos logro una asociación significativa ($p= 0,01$) con síntomas depresivos. Estudios previos reportan resultados de pacientes que abusan de medicamentos tienen 1.09 veces más probable de sufrir síntomas depresivos con una significancia de ($p=0.003$), esto podría darse debido a varios factores implicados en la evolución de la migraña crónica, el uso excesivo de medicamentos se podría considerarse uno de los principales determinantes de la depresión, sus efectos adversos y las implicancias dentro del organismo, además de existir otros posibles factores clínicos y psicológicos que podrían jugar un papel importante para este grupo (25,26).

En el análisis multivariado se encontró que aquellos pacientes que abusan de medicamentos tienen 10,6 veces más probabilidad de sufrir síntomas depresivos a lo largo de su vida, que aquellos que no abusan de medicamentos (OR= 10.62, IC95% [1.69–66.5], $p =0.01$). Estos resultados tienen mucha similitud con un estudio que reportó que los pacientes con migraña que abusan de medicamentos OR= 2.1; IC95% [1.3–3.4], $p=0.002$ en varones y 1.8 IC95% [1.1– 3.1], $p=0.03$) en mujeres, esto podría darse porque el uso excesivo de medicamentos por el mismo dolor intenso de cabeza y dependencia psicológica a consumir el medicamento y calmar la migraña, la persona entra en un cuadro depresivo y tiende a perder las ganas de realizar sus actividades diarias, tiene mucha tristeza (16). La relación del abuso de medicamentos y los síntomas depresivos

podría darse por los episodios de dolor de cabeza por más de 15 días, estos dolores presentes más de tres meses. Como resultado de la medicación que es lo que hace que disminuya los dolores de cabeza en el cuadro de migraña por la falta del consumo del medicamento; el paciente genera pánico al dolor, causándole una preocupación, y miedo difícil de controlar; originando depresión, pérdida de interés en realizar sus actividades diarias o en el trabajo, que le conducen a una dependencia psicológica de fármacos (27). Del mismo modo, los pacientes con migraña crónica con abuso de medicamentos están fuertemente vinculados a generar síntomas depresivos difíciles de controlar dado que son enfermedades psicológicas comórbidas a la migraña crónica por uso de medicamentos (16).

El estudio cuenta con ciertas limitaciones que es necesario tomar en consideración:

- 1) El instrumento utilizado en este estudio no ha sido validado en pobladores peruanos, más bien fue tomada de la validación en población colombiana (28).
- 2) Al ser un análisis de una base secundaria perteneciente a la Clínica SANNA /Sánchez Ferrer de Trujillo, es inminente un posible sesgo la participación de población de nivel sobre la recolección de “estado civil”, nos indicaron que no se verifica el auto reporte de datos de parte de los pacientes, y que es muy probable que en el grupo de “casados” estén tanto convivientes y casados, así también, en cuanto a la ocupación, es probable que, aquellos que reportan ser ama de casa, empleado e independiente, se desempeñen también como estudiantes universitarios de pregrado y/o posgrado o tengan más de una actividad laboral.
- 3) La población total estuvo conformada por 65 pacientes con migraña crónica, siendo considerada una población pequeña para una patología prevalente, por lo que los resultados podrían estar subestimados, ya que esta población tiene acceso a servicios de salud a costos accesibles que incluyen consulta médica por especialista y medicamentos. Asimismo, debe considerarse como un sesgo adicional que los pacientes acuden voluntariamente a la consulta ambulatoria, por no existir un sistema de referencia formal en el ámbito privado, lo cual evitar incluir a la población que no acude de manera voluntaria.

El presente estudio de investigación tiene como fortaleza una aproximación a nivel nacional en el Perú sobre la asociación del abuso de medicamentos y síntomas depresivos.

Lo cual, teóricamente brinda una oportunidad para generar una nueva línea de investigación no explorada en la actualidad. Los resultados muestran un vacío en el sector público, pues a la fecha, a nivel Latinoamericano, no existe una guía de práctica clínica de atención en pacientes con migraña y abuso de medicamentos, ni un plan preventivo a ello.

VI. CONCLUSIONES

Del presente estudio concluimos:

1. Existe asociación entre abuso de medicamentos y síntomas depresivos en pacientes ambulatorios con migraña crónica; asimismo, los que abusan tienen mayor riesgo 10,62 veces más probabilidad de sufrir síntomas depresivos en comparación de los que no abusan de medicamentos (IC 1.69-66.5; $p = 0.01$).
2. Los pacientes que sí abusan de medicamentos tienden a sufrir síntomas depresivos en un (45) (88.24%) y los que no abusan de medicamentos tienen a sufrir síntomas depresivos en un (9) (16.67%)
3. Las mayores prevalencias de esta enfermedad fueron de sexo femenino, de estado civil casados con grado de instrucción secundaria a más la gran mayoría fueron empleados de alguna empresa o institución y con antecedentes familiares para esta enfermedad.

VII. RECOMENDACIONES

Concluida la investigación y dados los resultados se puede proponer las siguientes recomendaciones:

- ✓ Se recomienda el desarrollo de nuevos estudios con poblaciones que sufran esta prevalencia y evalúen otros factores, además, por el uso excesivo de medicamentos a nivel regional y nacional para mejorar el grado así la evidencia y la potencia estadística del estudio.
- ✓ Realizar promoción y promover al sistema tomando como referencia nuestros resultados para plantear políticas e intervención en el manejo clínico de los pacientes con migraña que sufren de síntomas depresivos por causa del abuso de medicamentos.
- ✓ Realizar estudios prospectivos por las limitaciones que hemos encontrado en la realización de este estudio, pero sistematizados bajo líneas de trabajo o de investigación dirigidos por universitarios.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rivilla-Marugán L, Ramada Soriano A, González Rodríguez VM, Arrieta Antón E. Chronic daily and analgesic overuse headaches. *Semergen*. 2008;34(6):291–6.
2. Organización Mundial de la Salud. Cefaleas. WHO. World Health Organization; 2016.
3. Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T. GBD 2015: migraine is the third cause of disability in under 50s. *J Headache Pain*. 2016;17(1).
4. Stover JB, Uriel F, Liporace MF. Inventario de Estrategias de Aprendizaje y Estudio: Análisis Psicométrico de una Versión Abreviada. *Ciencias del Comport*. 2012;4(3):4–12.
5. Buse D, Manack A, Serrano D, Reed M, Varon S, Turkel C, et al. Headache impact of chronic and episodic migraine: Results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache*. 2012;52(1):3–17.
6. Road C. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;33(9):629–808.
7. Landy S, Hoagland R, Hoagland D, Saiers J, Reuss G. Sumatriptan/naproxen sodium combination versus its components administered concomitantly for the acute treatment of migraine: A pragmatic, crossover, open-label outcomes study. *Ther Adv Neurol Disord*. 2013;6(5):279–86.
8. Lira D, Custodio N, Montesinos R, Linares J, Herrera E. Tratamiento sintomático de pacientes con migraña de acuerdo al género. *Interciencia*,. :6–10.
9. Scher AI, Buse DC, Fanning KM, Kelly AM, Franznick DA, Adams AM, et al. Comorbid pain and migraine chronicity the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes Study. *Neurology*. 2017;89(5):461–8.
10. Lipton RB. Risk factors for and management of medication-overuse headache. Vol. 21, *CONTINUUM Lifelong Learning in Neurology*. 2015. p. 1118–31.
11. Nava, K; Lozano, F; Pérez, K; Matzunaga, D; Galán E. Características clínicas,

- epidemiológicas y terapéuticas de las cefaleas primarias en una población rural de Cajamarca, 2010. *Rev cuerpo méd HNAAA*. 2012;5(3):30–3.
12. Bakhshesh M, Vosough A. Boiler parametric study to decrease irreversibility. *Indian J Sci Technol*. 2012;5(4):2534–9.
 13. Lipton RB. Tracing transformation: Chronic migraine classification, progression, and epidemiology. *Neurology*. 2009;72(5 SUPPL. 1).
 14. Innamorati M, Pompili M, Erbuto D, Ricci F, Migliorati M, Lamis DA, et al. Psychometric properties of the stagnation scale in medication overuse headache patients. *J Headache Pain*. 2015;16(1):1–9.
 15. Cripe SM, Sanchez S, Lam N, Sanchez E, Ojeda N, Tacuri S, et al. Depressive symptoms and migraine comorbidity among pregnant Peruvian women. *J Affect Disord*. 2010;122(1–2):149–53.
 16. Lampl C, Thomas H, Tassorelli C, Katsarava Z, Laínez JM, Lantéri-Minet M, et al. Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2016;17(1).
 17. Jaillard AS, Mazetti P, Kala E. Prevalence of migraine and headache in a high-altitude town of Peru: a population-based study. *Headache*. 1997;37(2):95–101.
 18. Free C, Phillips G, Felix L, Galli L, Patel V, Edwards P. The effectiveness of M-health technologies for improving health and health services: a systematic review protocol. *BMC Res Notes* [Internet]. 2010 Dec 6 [cited 2019 Apr 12];3(1):250. Available from: <https://bmcrenotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-3-250>
 19. Galvez AD, Situ M, Tapia HA, Guillén D, Samalvides F. Prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de una universidad de Lima-Perú. *Rev Neuropsiquiatr*. 2011;74(4).
 20. Deza Bringas L. La Migraña en el Perú: Estudio sobre prevalencia y características clínicas. *Rev Neurol*. 1999;62:140–51.

21. Depression - MeSH - NCBI [Internet]. [cited 2019 May 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68003863>
22. Guitera V, Muñoz P, Castillo J, Pascual J. Quality of life in chronic daily headache: A study in a general population. *Neurology*. 2002;58(7):1062–5.
23. Asociación Medica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association. Asociación Medica Mundial. 2015.
24. Organización Mundial de salud y Consejo de Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 2016.
25. Viana M, Bottiroli S, Sances G, Ghiotto N, Allena M, Guaschino E, et al. Factors associated to chronic migraine with medication overuse: A cross-sectional study. *Cephalalgia*. 2018;38(14):2045–57.
26. Atasoy HT, Atasoy N, Unal AE, Emre U, Sumer M. Psychiatric comorbidity in medication overuse headache patients with pre-existing headache type of episodic tension-type headache. *Eur J Pain*. 2005;9(3):285–91.
27. Cheung V, Amoozegar F, Dilli E. Medication overuse headache. *Pain Med An Essent Rev*. 2017;531–2.
28. Kocalevent RD, Finck C, Jimenez-Leal W, Sautier L, Hinz A. Standardization of the Colombian version of the PHQ-4 in the general population. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):1–8.

VIII. ANEXOS:

Anexo 1.

AUTORIZACIÓN DE USO DE BASE DE DATOS DE LA CLÍNICA
SANNA /SÁNCHEZ FERRER, TRUJILLO, PERÚ

Anexo 2.

INSTRUMENTO PARA DIAGNOSTICAR MIGRAÑA: CLASIFICACIÓN
INTERNACIONAL DE CEFALEAS TERCERA EDICIÓN ICHD-3

Anexo 3.

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE PHQ4

Anexo 4.

MARCAS DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE EN PERÚ PARA
TRATAMIENTO DE CEFALEA.

Anexo 5.

ANÁLISIS DE SUPUESTOS DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA
BINARIA

Anexo 6.

FIGURAS

ANEXO 1:

Trujillo/ La Libertad, 28 de mayo del 2019

Sr. Director

Carlos Enrique Rojas Marín
Clínica SANNA/Sánchez Ferrer
Presente. -

Asunto: Solicitamos base de datos de cefalea del Centro de Investigación para realizar tesis de Maestría en UPAO.

Nosotros, María Teresa Reyes Álvarez, Isabel Julianna Gamero Vega y Julio Cesar Cjuno Suni, egresados de la Maestría en Ciencias en Investigación Clínica de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo. Con el debido respeto, nos presentamos para solicitar acceso a la Base de Datos de Cefalea del Centro de Investigación de la Clínica SANNA, respecto a las variables demográficas, abuso de medicamentos y síntomas psicológicos de pacientes con migraña crónica; respetando la Ley General de Salud, artículo 25, inciso c: "el profesional de la salud que divulga información relacionada al acto médico cuando fuere utilizada para fines de investigación científica siempre debe consignarla en forma anónima" sin datos que permitan identificar al paciente como nombre, número de historia clínica, teléfono y cualquier otro dato que se relacione con la identificación del paciente, en respeto a los principios éticos en estudios en humanos.

El motivo es porque nos encontramos realizando tres proyectos de tesis de casos y controles "retrospectivo" que llevan los siguientes títulos:

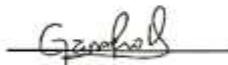
- 1) Factores Asociados al abuso de Medicamentos en Pacientes Adultos Ambulatorios con Migraña Crónica, Trujillo, Perú.
- 2) Síntomas depresivos asociados al abuso de medicamentos en pacientes adultos ambulatorios con migraña crónica, Trujillo-Perú
- 3) Asociación entre Síntomas de Ansiedad y Abuso de Medicamentos en Pacientes Adultos Ambulatorios con Migraña Crónica, Trujillo-Perú

Para lograr nuestro grado, nos es indispensable contar con la información solicitada. Quedamos agradecidos por su comprensión y apoyo.

Cordialmente,



María Teresa Reyes Álvarez



Isabel Julianna Gamero Vega



Julio Cesar Cjuno Suni

**ANEXO 2. CLASIFICACION INTERNACIONAL DE CEFALEAS VERSION 3
(2018)**

1.1 Migraña Episódica sin aura

- A. Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D.
- B. Episodios de cefalea que duran entre 4 y 72 horas (no tratados o tratados sin éxito)
- C. La cefalea presenta al menos dos de las siguientes cuatro características:
1. Localización unilateral.
 2. Carácter pulsátil.
 3. Dolor de intensidad moderada o severa.
 4. Empeora por la actividad física rutinaria (p. ej., caminar o subir escaleras)
- D. Al menos uno de los siguientes durante la cefalea:
1. Náuseas y/o vómitos
 2. Fotofobia y fonofobia
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III

1.2 Migraña Episódica con aura

- A. Al menos dos crisis que cumplen los criterios B y C
- B. Uno o más de los síntomas de aura siguientes totalmente reversibles:
1. Visual
 2. Sensitivo
 3. De habla o del lenguaje
 4. Motor
 5. Tronco encefálico
 6. Retiniano
- C. Al menos tres de las siguientes seis características:
1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un período mayor o igual a 5 min
 2. Dos o más síntomas se presentan consecutivamente
 3. Cada síntoma de aura tiene una duración de entre 5 y 60 minutos
 4. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral
 5. Al menos uno de los síntomas de aura es positivo
 6. El aura se acompaña, o se sigue antes de 60 min, de cefalea.
- D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3

1.3 Migraña crónica

- A. Cefalea (similar a tipo tensional y/o similar a migraña) durante 15 o más días por mes por más de 3 meses, que cumplan los criterios B y C
- B. Ocurre en pacientes que han tenido al menos 5 ataques que cumplen los criterios B-D de 1.1 Migraña sin aura y/o criterios B y C de 1.2 Migraña con aura
- C. Igual o mayor a 8 días /mes por más de 3 meses cumple los criterios de cualquiera de las siguientes:
1. Criterios C y D para 1.1 migraña sin aura
 2. Criterios B y C para 1.2 Migraña con aura
 3. Descritas por el paciente como haber iniciado con migraña y mejora con un triptano o derivado de ergotamina
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III

1.5 Migraña probable

Cefalea que asemeja a la cefalea tipo migraña, pero no cumple con los criterios citados anteriormente, ni de ninguna otra cefalea.

A. Las crisis cumplen todos los criterios A-D para la 1.1 Migraña sin aura excepto uno, o todos los criterios A-C para 1.2 Migraña con aura, salvo por uno

B. No cumplen los criterios de la ICHD-3 de ninguna otra cefalea.

C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la

8.2 Cefalea por abuso de medicación sintomática (o a uno de sus subtipos)

Pacientes con cefalea primaria preexistente que, junto con la cefalea por abuso de medicación, desarrolla un nuevo tipo de cefalea o empeoramiento sus síntomas previos y cumple con ambos criterios:

Criterios diagnósticos

A. Cefalea que ocurre 15 o más días al mes en paciente con cefalea preexistente

B. Abuso habitual durante más de 3 meses de uno o más fármacos que se pueden administrar como tratamiento agudo y/o sintomático de la cefalea.

C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

8.2.1. Cefalea por abuso de ergotamínicos:

Consumo habitual es durante 10 o más días al mes en un periodo de más de tres meses.

8.2.2. Cefalea por abuso de triptanos:

Consumo habitual de uno o más triptanos, por cualquier vía, durante 10 o más días al mes en un período de más de 3 meses

8.2.3. Cefalea por abuso de analgésicos simples:

8.2.3.1. Cefalea por abuso de paracetamol

Consumo habitual de paracetamol durante 15 o más días al mes en un período de más de 3 meses.

8.2.3.2. Cefalea por abuso de ácido acetilsalicílico

Consumo habitual de ácido acetilsalicílico durante 15 o más días al mes en un período de más de 3 meses

8.2.3.3. Cefalea por abuso de otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Consumo habitual de uno o más AINE, salvo ácido acetilsalicílico, durante 15 o más días al mes en un período de más 3 meses.

8.2.4. Cefalea por abuso de opioides

Consumo habitual de uno o más opioides durante 10 o más días al mes en un período de más de 3 meses.

8.2.5. Cefalea por abuso de analgésicos combinados

Consumo habitual de uno o más analgésicos combinados, durante 10 o más días al mes en un período de más de 3 meses

8.2.6. Cefalea atribuida a abuso de múltiples tipos de fármacos sin abuso individual de los mismos

Consumo habitual de cualquier combinación de ergotamínicos, triptanos, analgésicos simples, AINE u opioides durante 10 o más días al mes en un período de más de 3 meses sin abuso de un fármaco o grupo farmacológico por sí solo.

8.2.7. Cefalea atribuida a abuso no comprobado de múltiples clases de fármacos

Consumo habitual de cualquier combinación de ergotamínicos, triptanos, analgésicos simples, AINE u opioides durante 10 o más días al mes en un período de más de 3 meses

8.2.8. Cefalea atribuida a abuso de otros medicamentos

Abuso habitual durante 10 o más días al mes en un período de más de 3 meses de uno o más medicamentos destinados al tratamiento agudo o sintomático de la cefalea, distintos de los descritos con anterioridad.

ANEXO 3. CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-4 (PHQ-4)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
DIMENSIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS				
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
DIMENSIÓN DE SINTOMAS DE ANSIEDAD				
3. Siente incapacidad para detener o controlar sus preocupaciones	0	1	2	3
4. Se siente nervioso, ansioso o al borde del colapso	0	1	2	3

ANEXO 4. MARCAS DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE EN PERU PARA TRATAMIENTO DE CEFALEA

Ergotamínicos

Ergotamina	(Ergomar)
Ergotamina + cafeína	(Ergonex, Ercaf, Migraine)
Ergotamina + cafeína + paracetamol	(Digravin, Migrax)
Ergotamina + Clonixinato de lisina	(Migradorixina)
Ergotamina + cafeína + propifenazona	(Labopan) (tonpan)
Ergotamina + cafeína + Dimenhidrato	(Gravergol)
Dihidroergotamina	(Migranal)

Triptanos

Naratriptán	(Amerge, Naramig)
Sumatriptán	(Imitrex, Imigran)
Sumatriptán + Naproxeno	(Sumigran)

AINES

Naproxeno	(Apronax, Aflamax, Iraxen)
Paracetamol	(panadol, supracalm)
Ibuprofeno	(Advil, Motrin, Nuprin, Adax, Afebril, Dolomax, Doloral)
Ácido acetil salicílico	(Aspirina, ASA)
Ketopofeno	(Biprofenid, Dolofast, Profenid)
Clonixinato de Lisina	(Dorixina)
Keterolaco	(Dolnix, Hanalgese)
Flunarizina	(Dinegal)
Diclofenaco	(Artrén, Voltarén, Deflamat, Diclok)

Metamizol	(Antalgina, Repriman, Novalgina)
Opioides	
Tramadol	(Tramal, Dolantag)
Keterolaco + Tramadol	(Dolnix Forte)
Paracetamol + Tramadol	(Supracalm Dúo, Zaldiar)
Combinaciones de fármacos	
Paracetamol + cafeína + ácido acetil salicílico	(Cefadol, Bioelectra, Excedrin migraña)
Paracetamol + cafeína	(Panadol Forte, Kitadol)
Paracetamol + Naproxeno	(Febrax)
Paracetamol + Clorzoxasona	(Flectadol, Tilderol, Parafan)
Clonixinato de Lisina + Ciclopenzapina	(Dorixina Relax)
Clonixinato de Lisina + Vit B	(Aneurín)
Paracetamol + Diclofenaco	(Dolofarmalán, Dolocodralán forte)
Diclofenaco + Vit B	(Doloneurobión, Doloneurovit)

ANEXO 5

Supuestos del Modelo de Regresión Logística Binaria en pacientes adultos ambulatorios con migraña crónica en la Clínica Sanna /Sánchez Ferrer, Trujillo, Perú

Pruebas ómnibus de coeficientes de modelo

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso	13.208	5	.022
Bloque	13.208	5	.022
Modelo	13.208	5	.022

Datos procesados en el SPSS versión 24

Para ingresar la variable abuso de medicamentos se evaluó que dicha variable mejore el modelo con la prueba de ómnibus, la cual observa que el p- valor del modelo es menor que 0.05; dado que nos indica que el coeficiente de la variable es diferente de 0 ($p= 0.022$). Por lo que se puede concluir que, el modelo con la variable incluida mejora la predicción de la variable dependiente que solo un modelo con la constante.

Prueba de Hosmer y Lemeshow

Chi-cuadrado	gl	Sig.
3.206	7	.865

Datos procesados en el SPSS versión 24

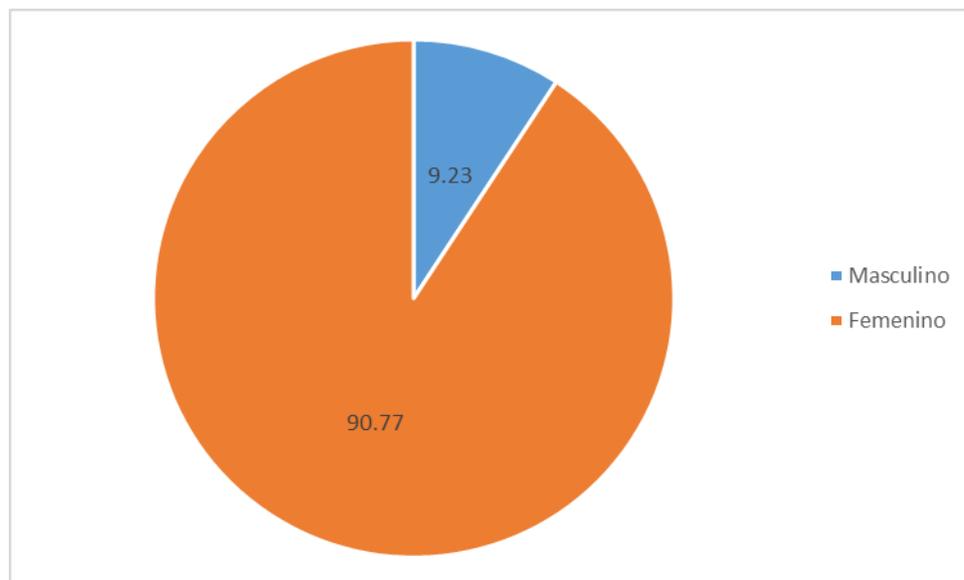
El p-valor del Chi cuadrado de la prueba de Hosmer Lemeshow es mayor al 0.05, lo cual nos reporta que se acerca a la hipótesis nula indicando que el modelo se ajusta a los datos

ANEXO 6

FIGURAS

Figura 01:

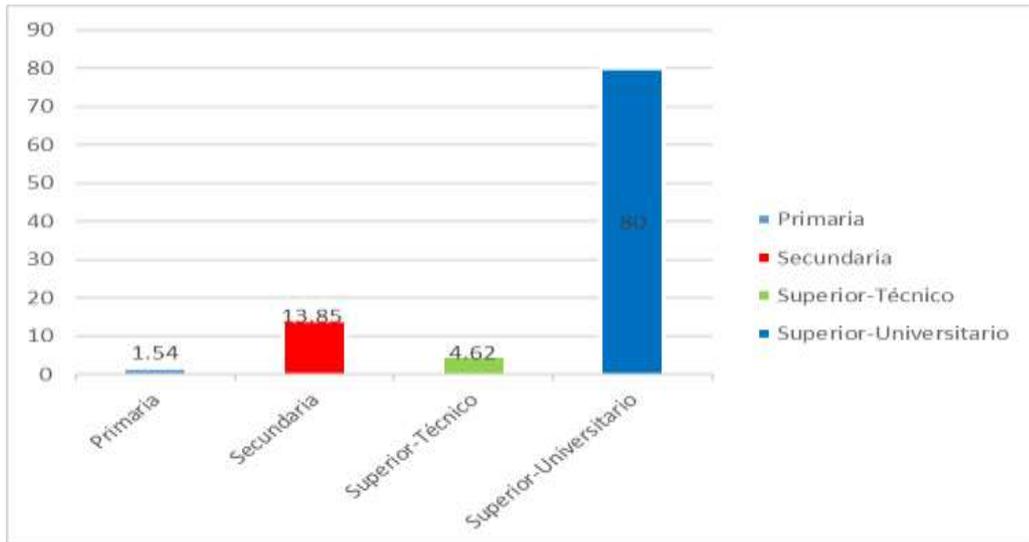
GÉNERO DE LOS PACIENTES ADULTOS AMBULATORIOS CON MIGRAÑA CRÓNICA EN LA CLÍNICA SANNA /SÁNCHEZ FERRER DE TRUJILLO-PERÚ.



Fuente: Información procesada por el autor.

Figura 02:

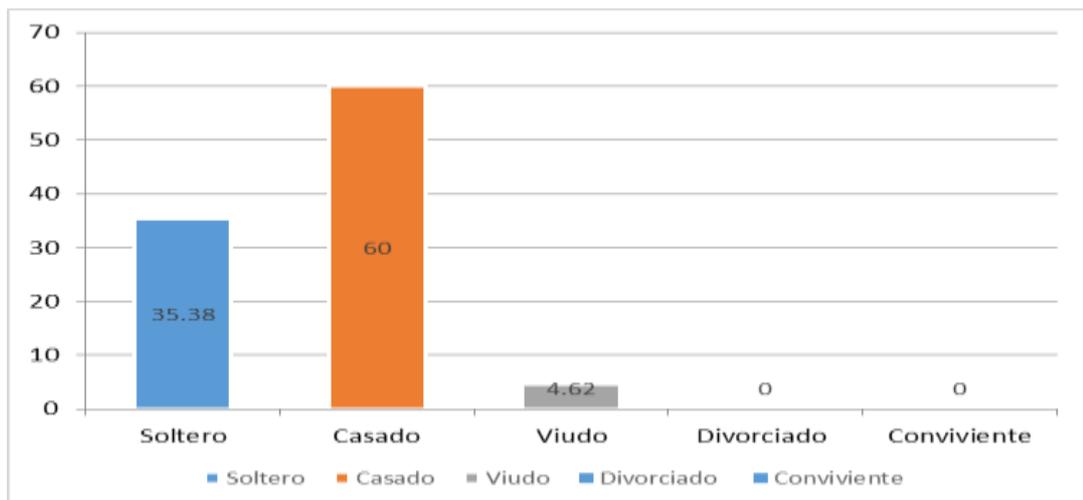
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS AMBULATORIOS CON MIGRAÑA CRÓNICA EN LA CLÍNICA SANNA /SÁNCHEZ FERRER DE TRUJILLO-PERÚ.



Fuente: Información procesada por el autor.

Figura 03:

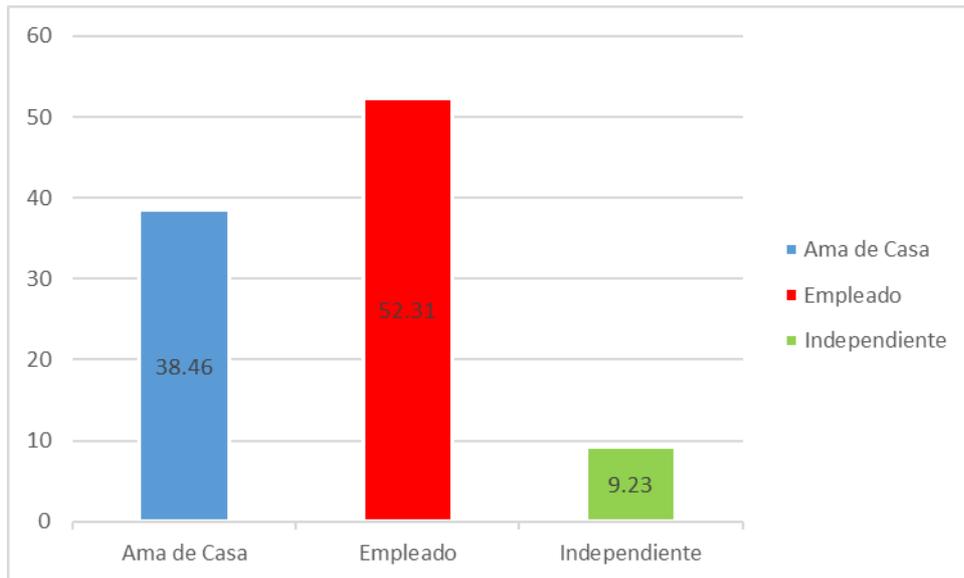
OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS AMBULATORIOS CON MIGRAÑA CRÓNICA EN LA CLÍNICA SANNA /SÁNCHEZ FERRER DE TRUJILLO-PERÚ.



Fuente: Información procesada por el autor.

Figura 04:

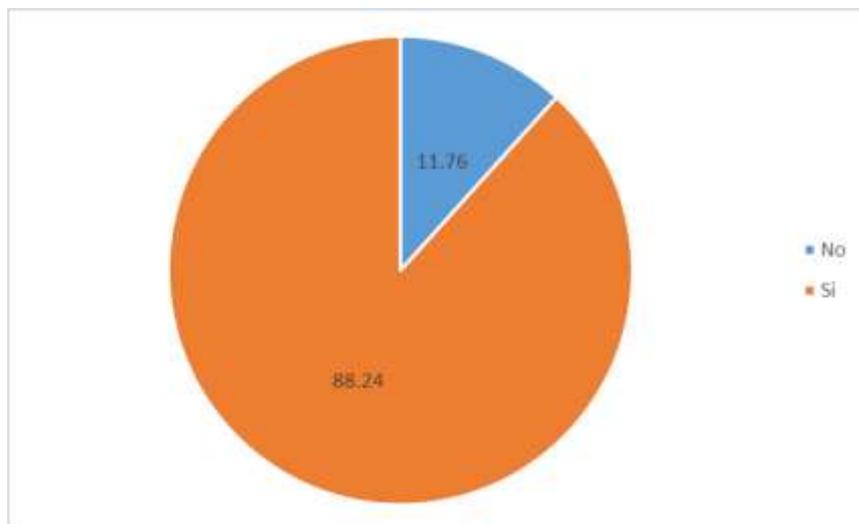
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ADULTOS AMBULATORIOS CON MIGRAÑA CRÓNICA EN LA CLÍNICA SANNA /SÁNCHEZ FERRER DE TRUJILLO-PERÚ.



Fuente: Información procesada por el autor.

Figura 05:

ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ABUSO DE MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES ADULTOS AMBULATORIOS CON MIGRAÑA CRÓNICA EN LA CLÍNICA SANNA /SÁNCHEZ FERRER DE TRUJILLO-PERÚ.



Fuente: Información procesada por el autor.