

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

Frequency and characteristics of self-prescription in patients with headache in primary care in Lambayeque, Peru

Denis Saldaña-Flores^{1,a}, Giancarlo Villalobos-Ticliahuanca^{1,a}, Benigno Ballón-Manrique^{1,b,2,d}, Franco León-Jiménez^{1,b,2,c}

RESUMEN

Objetivos: Determinar la frecuencia y describir las características de la automedicación en pacientes con cefalea que acuden a un centro de atención primaria en Lambayeque. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal con muestreo probabilístico de tipo sistemático realizado en pacientes atendidos por cefalea en un centro de atención primaria. Se aplicó una encuesta validada por expertos. **Resultados:** Se entrevistaron 348 pacientes. El promedio de edad fue $59,9 \pm 14,5$ años; 308/348 (88,5%) fueron del sexo femenino; 283/348 (81,3%) fueron de Chiclayo; 158/348 (45,4%) tuvieron migraña como antecedente. La frecuencia de automedicación fue 256/348 (73,5%); 34,7% lo hacían dos semanas del mes, 67,9% 1 a 2 días de la semana. En 80% la cefalea tenía una duración menor de 6 horas; 69% consumieron “sólo pastillas”; el medicamento más usado por los pacientes fue paracetamol: 174/256 (67,96%). El motivo más frecuente para no acudir al médico fue: “Ya sé lo que recetan los médicos”: 33,6%. No se encontró asociación entre los datos sociodemográficos y el auto medicarse. En los pacientes que acudían por primera vez a consulta, la automedicación fue mayor ($p < 0,001$). Los pacientes que se automedicaban tenían menos semanas al mes y días a la semana con cefalea. **Conclusiones:** La frecuencia de automedicación en pacientes con cefalea es elevada. Los pacientes no acuden a consulta porque refieren saber lo que los médicos van a prescribirles. Los que se automedicaban tuvieron menos semanas del mes y días de la semana con cefalea.

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

SUMMARY

Objectives: To determine the frequency and to describe the characteristics of self-prescription in patients with headache attending a primary care center in Lambayeque. **Methods:** Cross-sectional study with a systematic sampling method performed in patients attending a primary care center for headache. A survey validated by experts was used. **Results:** 348 patients were evaluated; mean age was 59.9 ± 14.5 years; 308/348 (88.5%) were females; 283/348 (81.3%) were from Chiclayo; 158/348 (45.4%) had history of migraine. Frequency of self-prescription was

¹ Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú.

² Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo, Perú.

^a Estudiante;

^b Docente;

^c Médico Internista;

^d Médico Neurólogo

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

256/348 (73.5%); 34.7% did it two weeks per month; 67.9% did it 1-2 days per week. In 80% of participants, the duration of headache was less than 6 hours; 69% took pills; the most commonly used medication was paracetamol (174/256: 67.96%). The most common reason for not requesting a medical consultation was “*I know what physicians prescribe*” in 33.6%. No association between socio-demographic data and self-prescription was found. Self-prescription was higher among patients who attended the center for the first time ($p < 0.001$). Patients who self-prescribed had fewer weeks per month and days per week with headache. **Conclusions:** The frequency of self-prescription is high. Patients do not seek for medical evaluation because they know what they will be prescribed. Those who self-prescribed had less time with headache.

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

La Organización Mundial de la Salud estima que el 50% de los pacientes que tienen cefalea se automedica (10); un estudio en Bogotá encontró que el 30% de la población que se automedicaban tenía como causa cefalea (11).

En Latinoamérica, los pacientes con migraña, 17% consume analgésicos 2-3 veces por semana, 6% más de 3 veces por semana y 7% todos los días (7).

Mendoza (12) en el 2007, encontró que 37% de la población chiclayana que se automedicaba lo hacía por síntomas inespecíficos, entre ellas cefalea (12).

Por tanto, debido a la elevada frecuencia de automedicación y cefalea, la ausencia de estudios específicos en nuestra localidad y la necesidad de la generación de evidencia para la toma de decisiones en atención primaria, se realizó este estudio.

El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia y describir las características de la automedicación en pacientes con cefalea que acuden a un establecimiento de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

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

Población: Destinataria: Pacientes atendidos por consultorio externo de medicina general por cefalea, pertenecientes al distrito de Chiclayo en el 2015. Elegible: Pacientes con cefalea que cumplieran criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Pacientes que referían cefalea como principal motivo de consulta; edad mayor a 18 y menor de 60 años. *Criterios de exclusión:* Pacientes con idioma diferente al español; paciente con déficit cognitivo que impida responder el cuestionario.

Muestra y muestreo: Muestreo probabilístico de tipo sistemático, con un salto calculado de dos personas atendidas en consultorio externo de atención primaria.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Teniendo en cuenta una población de 2700 pacientes, una proporción esperada de 50% de frecuencia de automedicación en cefalea (ausencia de dato en la literatura), un nivel de confianza de 95%, una precisión del 5%, un efecto de diseño de 1 y un porcentaje de pérdidas estimadas de 10% se calculó un tamaño muestral de 370 pacientes, utilizando Epidat v. 4.0.

Se encuestaron 10 pacientes por día de forma interdiaria durante 3 meses. Los pacientes fueron invitados a participar una vez finalizada su evaluación con el médico, fuera del consultorio. Debido a que el

policlínico Chiclayo-Oeste cuenta con 09 consultorios de medicina general funcionales, se eligieron al azar tres consultorios para realizar las encuestas.

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

Tabla 1. Características sociodemográficas en el total de participantes.

	Automedicación		No Automedicación		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
Edad (media ± DS)	59,7 ± 14,9		60,5 ± 13,4		59,9 ± 14,5		0,65
Sexo							
Femenino	230	89,8	26	10,1	308	88,5	0,192
Grado de instrucción							
Secundaria completa	107	41,8	45	48,9	152	43,6	0,49
Superior completa *	61	23,8	22	23,9	83	23,8	
Secundaria incompleta	27	10,6	6	6,5	33	9,5	
Sin estudios	7	2,7	4	4,4	11	3,16	
Superior incompleta	8	3,13	0	--	8	2,3	
Primaria completa	35	13,67	12	13,04	47	37,5	
Primaria incompleta	11	4,3	3	3,2	14	4,02	
Distrito de procedencia							
Chiclayo	205	80,08	78	84,8	283	81,3	0,6
Pimentel	18	7,03	4	4,35	22	6,3	
Pomalca	7	7,3	1	1,09	8	2,3	
Reque	5	1,95	2	2,1	7	2,01	
Tumán	4	1,56	2	2,2	6	1,72	
Monsefú	6	2,34	0	--	6	1,72	
Otros	11	6,3	5	5,4	16	4,59	
Estado civil							
Casado/a	148	57,8	61	66,3	209	60,06	0,42
Viudo/a	54	21,1	16	17,4	70	20,1	
Divorciado/a	28	10,9	5	5,4	33	9,5	
Soltero/a	15	5,86	7	7,6	22	6,3	
Conviviente	11	4,3	3	3,3	14	4,04	
Tipo de Paciente**							
Nuevo	208	91,6	19	8,37	227	65,2	<0,001
Continuador	48	39,4	73	60,33	121	34,8	

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

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

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

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

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

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

RESULTADOS

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

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

	Automedicación		No Automedicación		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Semanas del mes con cefalea							
Cuatro semanas	39	15,23	30	32,6	69	19,8	0,004
Tres semanas	46	17,98	15	16,3	61	17,5	
Una semana	76	29,7	25	27,1	71	29	
Dos semanas	95	37,1	22	23,9	117	33,6	
Días a la semana con cefalea							
Siete	5	1,95	4	4,33	9	2,59	0,045
Cinco a seis	8	3,1	8	8,7	16	4,6	
Tres a cuatro	74	28,9	30	32,6	104	24,9	
Uno a dos	169	66	50	54,35	219	62,9	
Horas/día con cefalea							
Doce a 24 horas	21	8,2	6	6,5	27	7,8	0,94
Seis a 11 horas	30	11,72	11	11,96	41	11,8	
Menos de 6 horas	205	80,08	75	81,5	280	80,4	
Consultas médicas en últimos 6 meses							
Más de 2 veces	8	13,3	52	56,5	60	17,2	< 0,001
Dos veces	17	6,64	11	11,9	28	8,05	
Una vez	23	8,9	10	10,8	33	9,5	
Nunca	208	81,25	19	20,6	227	65,2	

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

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

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

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

De los 256 pacientes que se automedicaban, 208 (81,2%) eran pacientes que por primera vez acudían a consulta externa. Ochenta y nueve (34,7%) lo hacían dos semanas del mes y 86 (33,6%) una semana del mes; 174 (67,9%) lo hacían al menos un día y 74 (28,9%) al menos tres días de la semana.

El promedio de “pastillas” consumidas por paciente por día fue 1,95; mediana 2 (rango: 1-7). En un día con cefalea severa, el promedio de “pastillas” consumidas fue 5,7 y la mediana 2; 61 pacientes (23,8%) referían colocarse ampollas.

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

El medicamento más usado fue paracetamol en 174/256 (67,96%), seguido de ibuprofeno en 58 (22,7%), ergotamina 38 (14,84%); naproxeno 17 (6,4%) y diclofenaco 12 (4,7%). La frecuencia total de consumo de antiinflamatorios no esteroideos fue 43,8%; 14 (5,4%) personas referían usar complejo B durante la cefalea.

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

médica 208/227 (91,6%) ($p<0,001$). Los pacientes que se automedicaban tenían menos semanas al mes con dolor ($p=0,004$), menos días a la semana con dolor ($p=0,045$) y menos consultas médicas por cefalea en los últimos seis meses ($<0,001$). No hubo diferencia en el número de horas diarias con cefalea ($p=0,96$)

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró que casi tres cuartas partes de los encuestados se automedicaban, cifra superior al 50% referido por la Organización Mundial de la Salud (10), pero muy similar a los resultados del estudio de García (14) en Cuba, quien encontró que 78% del total de encuestados se automedicarían si tenían cefalea (14); esto puede deberse a una similitud en la idiosincrasia y formas de pensamiento entre países latinoamericanos. En Lima, Hermoza (15) en un estudio en usuarios de boticas y farmacias, encontró 56% de automedicación en la totalidad de usuarios.

La mayoría de pacientes fueron mujeres, hallazgo similar a dos estudios Latinoamericanos realizados en Brasil y Colombia (16,17); es sabido que las mujeres con mayor frecuencia se preocupan más por su salud y acuden más a consulta (18,19) y además con mayor frecuencia tienen cefalea (20).

El no hallar asociación entre grado de instrucción y automedicación contrasta con el estudio de Mestanza (21) en Lima, quien si halló asociación y con el de Mendoza (12) en Chiclayo, en el que las personas con mayor grado de instrucción se automedicaban con más frecuencia. Probablemente el problema es tan frecuente que se presenta en personas de todo grado de instrucción.

En el estudio de Hermoza (15), en relación con cefalea, el paracetamol (50%) y naproxeno (35,7%) fueron los fármacos más indicados (15). En nuestro estudio se encontró que el consumo de paracetamol fue algo mayor (67,96%), pero en de naproxeno fue menor (16,4%). Mendoza (12) en Chiclayo, en el 2008, encontró en pacientes que se automedicaban que el antiinflamatorio usado con más frecuencia era naproxeno (34,4%), resultado similar al encontrado en nuestro estudio. En relación a Ergotamina, no se tienen otros datos nacionales, como referencia.

Según diferentes estudios la primera causa de cefalea en atención primaria es cefalea tensional seguida de migraña (22,23). En nuestro estudio se encontró que cerca de la mitad tuvo el antecedente

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

de migraña, que podría estar en relación con la alta frecuencia de sexo femenino y la alta prevalencia de migraña en pacientes con cefalea que es de 28% (24).

El 2,5% tenía cefalea más de 15 días del mes. El concepto de cefalea crónica diaria hace referencia al dolor de cabeza que el paciente sufre en un mínimo de 15 días al mes durante al menos 3 meses (25), por lo que dicho grupo poblacional se ajusta a la definición, debido a que el cuestionario realizado en este estudio registró los episodios de cefalea en los últimos 6 meses. Un estudio colombiano encontró una prevalencia de cefalea crónica diaria entre 4 a 5% del total de pacientes con cefalea que se automedicaban (26). En estos pacientes, la automedicación podría asociarse a “cefalea por abuso de medicamentos”, especialmente en los que consumen ergotamina; en este estudio la frecuencia de consumo de ergotamina fue 14,8%. Sin embargo este estudio no tuvo como objetivo determinar la prevalencia cefalea por abuso de medicamentos.

El motivo más frecuente de la falta de búsqueda de atención médica fue “ya sé lo que recetan los médicos”, resultado similar al hallado por Llanos (9) en Cajamarca; esto podría deberse a la facilidad con que se pueden adquirir estos medicamentos sin receta médica como se evidenció en el trabajo de Jara en boticas de Chiclayo (27), así como, a la información sobre el uso de analgésicos que aparece en los medios de comunicación. Esto no fue evaluado en este estudio. Otra posibilidad son las formas de pensamiento de la población quien necesita medicamentos para sentir que ha recibido una “buena atención”. Ello podría ser motivo de un estudio cualitativo exploratorio.

La elevada frecuencia de automedicación en los pacientes que acudían por primera vez a consulta (91,6%) ($p < 0,001$) y la diferencia existente con el grupo de pacientes que habían acudido más de una vez a consulta, pueda deberse a la educación recibida por parte del médico en las repetidas consultas.

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

Una limitación del estudio es que no se evaluó quienes dispensaban los medicamentos, químicos farmacéuticos de profesión o técnicos. Ese dato es

muy difícil de obtener al preguntar a los pacientes. Otra limitación es que con un estudio descriptivo, no se pueden realizar inferencias con otras realidades. El no contar con una población definida sólo permitió determinar la frecuencia y no la prevalencia.

Un sesgo potencial es que no se evaluó si los pacientes que ya habían acudido al médico antes, se automedicaban antes del estudio. Además, la automedicación puede variar las características de la cefalea, pues puede disminuir el número de episodios por semana y el número de horas por día de dolor. Por otra parte, trastornos tan frecuentes como depresión, ansiedad y trastornos del sueño, no fueron explorados en este estudio (6). Todas estas entidades coexisten, originan o pueden ser el resultado de la presencia de cefalea. Se reportan cifras tan altas como: 26,3%, 20,8% y 43,8% (20).

La cefalea es un problema frecuente que altera la calidad de vida y con impacto en el desempeño laboral (7). La automedicación es un problema de salud pública frecuente en nuestro medio y poco estudiada. Son necesarios mayores estudios en los factores asociados a la presencia de automedicación, la calidad de vida de quienes se automedican, los costos derivados de esta y el impacto en el ámbito laboral.

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

Declaración de financiamiento y de conflictos de intereses:

El estudio fue financiado por los autores. Franco León Jiménez es miembro del Comité de Ética que aprobó el proyecto.

Contribución de autoría:

DS y **GV:** Idearon la propuesta de investigación, recolección y análisis de información y elaboración del manuscrito final, **FL:** participó en la ideación de la propuesta, análisis de los datos y elaboración y revisión final del manuscrito, **BB:** participó en la elaboración del cuestionario y elaboración del manuscrito final.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Correspondencia:

Denis Saldaña Flores
Ca. Caminos del Inca #236 Urb. Latina. Chiclayo,
Perú.
Correo electrónico: Denis_sald13@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva FS, Sampaio MCF, Neto JC, Serva WD, Lima J, Valença MM. Prevalência de cefaléia no transcorrer da vida em uma amostra da população da região metropolitana de Recife. *Migrâneas Cefaléias*. 2005; 8:104-6.
2. Gorayeb MAM, Gorayeb R. Cefaléia associada a indicadores de transtornos de ansiedade em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto, SP. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002; 60(3-B):764-8.
3. Pahim LS, Menezes AM, Lima R. Prevalência e fatores associados à enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4):692-8.
4. Queiroz LP, Barea LM, Blank N. An epidemiological study of headache in Florianopolis, Brazil. *Cephalalgia*. 2006; 26(2):122-7.
5. Tietjen GE, Brandes JL, Digre KB, et al. High prevalence of somatic symptoms and depression in women with disabling chronic headache. *Neurology*. 2007; 68(2):134-40.
6. Saunders K, Merikangas K, Low NCP, Von Korff M, Kessler RC. Impact of comorbidity on headache-related disability. *Neurology*. 2008; 70(7):538-47.
7. Morillo LE, Alarcon F, Aranaga N, et al. Clinical characteristics and patterns of medication use of migraineurs in Latin America from 12 cities in six countries. *Headache J Head Face Pain*. 2005; 45(2):118-26.
8. Ministerio de Salud. Principales causas de morbilidad registradas en consulta externa Perú - Año 2012. Lima, Perú: MINSA; 2013. (Citado el 8 de mayo de 2014). Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/CEMacros.asp?00>
9. Llanos LF, Contreras CE, Velásquez JE, et al. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Rev Medica Hered*. 2001; 12(4):127-33.
10. Organización Mundial de la Salud Centro de prensa [sede Web]. Washington, Estados Unidos [actualizada 2014; acceso 18 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/>
11. López JJ, Dennis R, Moscoso SM. Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2009; 11(3):432-42.
12. Mendoza L, Salvatierra G, Frisancho O. Perfil del consumidor de antiinflamatorios no esteroideos en Chiclayo y Cajamarca, Perú. *Acta Méd Peruana*. 2008; 25(4):216-9.
13. Vásquez S. Automedicación en el Perú. Lima, Perú: DIGEMID; 2008 (citado 5 de mayo de 2014). Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/upload/uploaded/pdf/automedicacion_junio_2008.pdf
14. García AJ, Alonso L, López P, Yera I, Ruiz AK, Blanco N. Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2009; 25(4):5-16.
15. Hermoza R, Loza C, Rodríguez D, Arellano C, Hermoza V. Automedicación en un distrito de Lima Metropolitana, Perú *Rev Med Hered*. 2016; 27:15-21.
16. Domingues RB, Kuster GW, Dutra LA, Santos JG. Headache epidemiology in Vitória, Espírito Santo. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004; 62(3):588-91.
17. Machado-Alba JE, Echeverri-Cataño LF, Londoño-Builes MJ, Moreno-Gutiérrez PA, Ochoa-Orozco SA, Ruiz-Villa JO. Social, cultural and economic factors associated with self-medication. *Biomédica*. 2014; 34(4):580-8.
18. Gómez-Gómez E. Gender, equity, and access to health services: an empirical approximation. *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 11(5-6):327-34.
19. Esquinas N, Hidalgo A, Nieto B. Diferencias según el sexo en la utilización de los servicios sanitarios. *Medifam*. 2001; 11(1):66-7.
20. Shand B, Goicochea M, Valenzuela R, Fadic R, Jensen R, Tassorelli C, Nappi G. Clinical and Demographical Characteristics of Patients with Medication Overuse Headache in Argentina and Chile: Analysis of the Latin American Section of Project. *The Journal of Headache and Pain*. 2015; 16:83.
21. Mestanza F, Pamo O. Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. *Rev Med Hered*. 1992; 3:101-108.
22. Bueno V, Hernández M, Guerrero AL, Ponce MA, Ovejero A. Estudio epidemiológico prospectivo de las cefaleas en las consultas externas de neurología de la provincia de Palencia. *Neurología*. 2000; 15:388-92.
23. Medrano V, Esquembre R, Genovés A. Headache, does it cause a health care overload in primary health care? Urban area vs rural area medical visit. *Neurologia*. 2008; 23(5):269-74.
24. Delgado F, Giron J, Muñoz A, Rodríguez N. La migraña en atención primaria: revisión y actualización. *SEMERGEN*. 2000; 26(5):248-52.
25. Rivilla-Marugán L, Ramada-Soriano A, González-Rodríguez VM, Arrieta-Antón E. Cefalea crónica diaria y por abuso de analgésicos. *SEMERGEN*. 2008; 34(6):291-6.
26. Rueda-Sánchez M. Medication overuse in Bucaramanga, Colombia: Prevalence and associated factors. *Acta Neurológica Colomb*. 2013; 29(1):20-6.
27. Jara-Romero L, Camizán-Cunias A, Cornejo-Atoche D, et al. Alteraciones en la dispensación de medicamentos en las boticas del distrito de Chiclayo. *Rev Cuerpo Méd HNAAA*. 2012; 5(1):26-9.

Recibido: 07/12/2015
Aceptado: 23/09/2016