



# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

## **ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

### **TÍTULO**

“Prevalencia de migraña en adultos jóvenes atendidos en consulta externa del Hospital Isidro Ayora durante el periodo Febrero-October 2015”

#### **AUTOR:**

JOHN ROBERTO CAMACHO MUÑOZ

#### **DIRECTOR:**

DR. MARLON RODRIGO REYES LUNA, Esp.

LOJA – ECUADOR

2016

TESIS PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO  
GENERAL

## CERTIFICACIÓN

Loja, 14 de Octubre 2016

Dr. Marlon Rodrigo Reyes Luna, Esp.

**DIRECTOR DE TESIS**

### **CERTIFICA:**

Que luego de haber dirigido el trabajo de investigación titulado **“Prevalencia de migraña en adultos jóvenes atendidos en consulta externa del Hospital Isidro Ayora durante el periodo Febrero-October 2015”** de autoría del Sr. John Roberto Camacho Muñoz, estudiante de la carrera de Medicina Humana previo a la obtención del título de Médico General; y por considerar que ha sido revisada en su integridad y encontrándola concluida en su totalidad, autorizo su presentación final para revisión y sugerencias del tribunal respectivo.

Atentamente:

A handwritten signature in blue ink is written over a horizontal line. The signature is stylized and appears to be the name of the director of the thesis.

Dr. Marlon Rodrigo Reyes Luna, Esp.

**DIRECTOR DE TESIS**

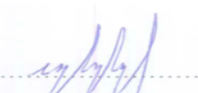
## AUTORÍA

Yo, John Roberto Camacho Muñoz declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional-Biblioteca Virtual.

**Autor:** John Roberto Camacho Muñoz

**Firma:**



**Cédula:** 1105218604

**Fecha:** 14/Octubre/2016

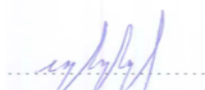
## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, John Roberto Camacho Muñoz, declaro ser autor de la tesis titulada: **“Prevalencia de migraña en adultos jóvenes atendidos en consulta externa del Hospital Isidro Ayora durante el periodo Febrero-October 2015”**, como requisito para optar el grado de Medico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Digital Institucional (RDI).

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los catorce días del mes de Octubre del dos mil dieciséis, firma el autor.

**Firma:**



**Autor:** John Roberto Camacho Muñoz

**Cédula:** 1105218604

**Dirección:** Loja, Cdla. Las pitas I

**Correo Electrónico:** rober459@hotmail.es

**Teléfono:** 072616223

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Director de Tesis:** Dr. Marlon Rodrigo Reyes Luna, Esp.

**Tribunal de grado:** Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.

Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.

Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios por su ayuda y bendiciones, por darme la entereza, sabiduría y entendimiento para culminar el presente reto.

A mi familia en especial a mis padres: Alba Muñoz y Bolívar Camacho quienes me brindaron su apoyo desde un inicio tanto de forma moral, económica, por su afecto incondicional cuando más lo necesitaba ya que sin su ayuda no hubiera sido posible terminar esta meta de manera satisfactoria.

A mis hermanos Mónica, Bolívar, Andrea, Jefferson; por compartir mis triunfos y levantarme en mis tropiezos dándome siempre ánimos para seguir adelante y que no desmaye ante ninguna adversidad.

A mi esposa Indira, mi hijo Maximiliano ya que sin su apoyo no hubiese sido posible alcanzar este triunfo tan importante.

A mis amigos, amigas, compañeros de aula por ayudarme de alguna u otra manera en el transcurso de mi carrera sin pedir nada a cambio.

Autor: John R. Camacho Muñoz

## AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a Dios por haberme dado la vida, fortaleza, sabiduría, constancia y paciencia para permitirme desarrollar mi trabajo y poderlo cumplir en forma exitosa; a mis padres por ser el pilar fundamental desde el inicio de mis estudios y hasta la actualidad pese a cualquier adversidad presentada en el camino para la culminación del mismo; a mis hermanos por impulsarme en mis momentos de flaqueza; a mi esposa e hijo por ser parte importante y apoyarme en los momentos más difíciles: a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana y la Carrera de Medicina por permitirme vivir una gran experiencia de formación profesional y humana dentro de sus aulas; a mis docentes por impartirme sus conocimientos y enseñanzas sin egoísmo.

A mi director de tesis por la paciencia, además de saberme guiar dentro de este mar de palabras, estudio y procedimientos.

Al departamento de docencia y de estadística del Hospital Isidro Ayora por permitirme el acceso a la información para la recolección de los datos.

Finalmente agradezco a todas las personas que de alguna u otra forma hicieron posible la realización de este proyecto y que contribuyeron a culminar mi carrera.

Autor: John R. Camacho Muñoz

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>CERTIFICACIÓN.....</b>	<b>ii</b>
<b>AUTORÍA.....</b>	<b>iii</b>
<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN.....</b>	<b>iv</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>vi</b>
<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS.....</b>	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE DE CUADROS.....</b>	<b>ix</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS.....</b>	<b>x</b>
<b>TÍTULO.....</b>	<b>1</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>REVISIÓN DE LITERATURA.....</b>	<b>6</b>
<b>MIGRAÑA.....</b>	<b>6</b>
<b>Causas de migraña.....</b>	<b>6</b>
<b>Factores de riesgo.....</b>	<b>7</b>
<b>Clasificación de migraña primaria.....</b>	<b>8</b>
<b>Migraña sin aura.....</b>	<b>8</b>
<b>Migraña con aura.....</b>	<b>9</b>
<b>Migraña Hemipléjica.....</b>	<b>10</b>
<b>Migraña Oftalmopléjica.....</b>	<b>11</b>
<b>Cuadro Clínico.....</b>	<b>12</b>
<b>Pródromos.....</b>	<b>12</b>

<b>Aura.....</b>	<b>12</b>
<b>Dolor.....</b>	<b>13</b>
<b>Migraña en la infancia y la adolescencia.....</b>	<b>13</b>
<b>Evolución.....</b>	<b>14</b>
<b>ADULTOS.....</b>	<b>14</b>
<b>Definición.....</b>	<b>14</b>
<b>Clasificación.....</b>	<b>14</b>
<b>Adulto Sano.....</b>	<b>15</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	<b>17</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>17</b>
<b>Universo y muestra.....</b>	<b>17</b>
<b>Criterios de inclusión y exclusión.....</b>	<b>17</b>
<b>Área de estudio y tipo de estudio.....</b>	<b>18</b>
<b>Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....</b>	<b>18</b>
<b>Recolección de datos.....</b>	<b>19</b>
<b>Procesamiento y tabulación.....</b>	<b>19</b>
<b>RESULTADOS OBTENIDOS.....</b>	<b>21</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>28</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>29</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>34</b>



## ÍNDICE DE CUADROS

### CUADRO N° 1:

PREVALENCIA DE MIGRAÑA.....	21
-----------------------------	----

### CUADRO N° 2:

GÉNERO DE PACIENTES.....	21
--------------------------	----

### CUADRO N° 3:

GRUPO DE EDAD DE PACIENTES.....	22
---------------------------------	----

### CUADRO N° 4:

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE MIGRAÑA .....	23
---	----

### CUADRO N° 5:

TIPO DE MIGRAÑA MÁS FRECUENTE SEGÚN CIE-10.....	24
---	----

### CUADRO N° 6:

TIPO DE MIGRAÑA MÁS FRECUENTE SEGÚN GÉNERO .....	25
--	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### **GRÁFICO N° 1:**

PREVALENCIA DE MIGRAÑA.....	21
-----------------------------	----

### **GRÁFICO N° 2:**

GÉNERO DE PACIENTES.....	21
--------------------------	----

### **GRÁFICO N° 3:**

GRUPO DE EDAD DE PACIENTES.....	22
---------------------------------	----

### **GRÁFICO N° 4:**

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE MIGRAÑA .....	23
---	----

### **GRÁFICO N° 5:**

TIPO DE MIGRAÑA MÁS FRECUENTE SEGÚN CIE-10.....	24
---	----

### **GRÁFICO N° 6:**

TIPO DE MIGRAÑA MAS FRECUENTE SEGÚN GÉNERO .....	25
--	----

## **1 TÍTULO**

“Prevalencia de migraña en adultos jóvenes atendidos en consulta externa del Hospital Isidro Ayora durante el periodo Febrero-October 2015”

## 2. RESUMEN

La migraña es el motivo de consulta de origen neurológico más frecuente, a nivel mundial tiene una elevada prevalencia llegando a alcanzar “12% en hombres y 18% en mujeres adultos jóvenes” (Carod, A. 2012). La enfermedad cursa con episodios de dolor agudo intercalados entre largos periodos libres de síntomas, este dolor puede estar precedido de manifestaciones neurológicas denominadas aura, que consisten en trastornos visuales o parestesias en labio, lengua y la mitad de la cara, náuseas, vómitos y que empeora con la actividad física intensa. El presente estudio tiene como objetivo: Conocer la prevalencia de migraña en los adultos jóvenes atendidos en consulta externa de Neurología del Hospital Isidro Ayora durante el periodo Febrero - Octubre 2015. Se desarrolló como un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo longitudinal. Se recolecto datos de 99 pacientes adultos jóvenes que acudieron al servicio de consulta externa durante el periodo de estudio con lo que se obtuvo los siguientes resultados: La prevalencia de migraña fue de 4.13%, de donde el 80% de los casos corresponde al género femenino, el grupo de edad con más casos se encontró entre los 20-24 años con 42% y el tipo de migraña que más se encontró fue el de migraña sin aura o migraña común con 59%. Se llegó a la conclusión que existe mayor prevalencia de migraña en el género femenino que en el género masculino y en las edades de 20-24 años o adultos jóvenes y el tipo de migraña más común fue el de migraña sin aura.

Palabras clave: migraña, prevalencia, adultos jóvenes, pródromos.

## SUMMARY

Migraine is the complaint of most frequent neurological origin worldwide has a high prevalence reaching 12% in men and 18% in young adult women. The disease causes episodes of acute interspersed pain between long symptom-free periods, this pain may be preceded by neurological symptoms called aura, which consist of visual disturbances or numbness in the lip, tongue and half of the face, nausea, vomiting and worsens with intense physical activity. This study aims to determine the prevalence of migraine in young adults treated in outpatient Neurology Isidro Ayora Hospital during period February - October 2015. It was developed as a longitudinal descriptive, quantitative, retrospective study. data of 99 young adult patients attending the outpatient service during the study period with the following results was obtained was collected: The prevalence of migraine was 4.13%, where 80% of cases corresponds to the female gender , the age group with the most cases was between 20-24 years with 42% and type of migraine that was found more migraine without aura or common migraine with 59%. It was concluded that there is a higher prevalence of migraine in females than in males and ages 20-24 years or young adults and the most common type of migraine was migraine without aura.

Keywords: migraine prevalence, young adults, prodromal.

### 3. INTRODUCCIÓN

La migraña es el motivo de consulta de origen neurológico más frecuente, se caracteriza por un dolor intenso en la cabeza que puede o no estar precedido de aura y puede presentar en los pacientes que la padecen alteraciones de la visión, oído y olfato, además de disminución en la productividad de estos pacientes y un deterioro en su calidad de vida.

Según Boley (2008) a nivel mundial tiene una elevada prevalencia llegando a alcanzar 12% en hombres y 18% en mujeres adultos jóvenes. Se ha demostrado mediante diversos estudios que el estrés que se genera en este grupo etario influye de gran manera en su desempeño laboral produciendo en estos efectos negativos en la calidad de vida.

Carod (2012) calcula que en los países occidentales la migraña afecta a cerca del 12% de los adultos, con una prevalencia en los Estados Unidos según el Migraine Study II (2004) del 18% en las mujeres y el 6% en los hombres. Esta situación no es muy diferente en América Latina, con una prevalencia informada en mujeres según Zabala (2003) entre 6,5% y 17,4% y en hombres del 2,9% al 7,8%.

Se observó que las personas con mayor nivel educativo e ingresos más elevados tienen menos migraña. El pico de prevalencia ocurre entre los 35 y los 40 años. Un meta-análisis de investigaciones de los Estados Unidos reveló una prevalencia del 6% en hombres y del 15% al 18% en mujeres.

En Chile (2007) se realizó un estudio sobre la cefalea y migraña que dio como resultado que el 36% de la población estudiada presentaba cefaleas frecuentes de las cuales la prevalencia global de migraña fue de 7.3%; Una prevalencia de 11.9% en la mujer y de 2% en el hombre. Los grupos sociales más bajos eran en los que más se presentó esta patología.

En Colombia (2011), un estudio realizado por Rueda-Sánchez y Díaz-Martínez en Bucaramanga, Santander, muestra una prevalencia general de migraña del 13,7%, en mujeres del 17,5% y en hombres del 5,2%.

En nuestro país actualmente existen pocos estudios sobre la migraña que es un problema de salud pública que actualmente se encuentra entre los principales motivos de consulta por cefalea.

A Nivel de la provincia de Loja los datos que se han obtenido a través de los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos demuestran que la migraña tiene un bajo porcentaje en cuanto a pacientes hospitalizados, ubicándose en el año (2014) en 59 pacientes hospitalizados; casos que se presentan únicamente en pacientes que se complican sus cuadros clínicos; Sin embargo en los servicios de consulta externa tanto local como nacional la demanda de pacientes que acuden por presentar cefaleas de tipo migrañoso son los más frecuentes es por ello que lleva a efecto el presente estudio para tener una visión más clara de este problema de salud que puede incluso resultar incapacitante para las labores diarias.

Constituye de igual manera un aporte al conocimiento científico para el planteamiento de políticas de salud locales de acuerdo a la realidad que se encuentra en el presente trabajo investigativo

Por lo mencionado anteriormente el objetivo general del presente estudio es: Conocer la prevalencia de migraña en los adultos jóvenes atendidos en consulta externa de Neurología del Hospital Isidro Ayora durante el periodo Febrero - Octubre 2015

Los objetivos específicos son: Determinar el número de pacientes con diagnóstico de migraña que acuden a consulta externa de Neurología. Determinar el género en el que se presenta el mayor número de casos de migraña. Conocer la edad con mayor prevalencia de migraña en pacientes que acuden al servicio de consulta externa de Neurología del Hospital Isidro Ayora.

#### **4. REVISION DE LITERATURA**

## **Migraña**

Es una enfermedad que tiene como síntoma principal el dolor de cabeza, usualmente muy intenso e incapacitante para quien lo sufre. Es una afección muy frecuente, de base genética, que afecta a entre el 12% y el 16% de la población general, siendo la incidencia más alta en las mujeres. (PEREZ, Roidel., 2008)

El 80% de los pacientes presentan su primer ataque antes de los 30 años. La enfermedad cursa con episodios de dolor agudo intercalados entre largos periodos libres de síntomas. La frecuencia de las crisis es muy variable, lo más usual es entre uno y cuatro episodios al mes que duran entre 4 y 72 horas, si no se realiza ningún tratamiento. El dolor puede estar precedido de manifestaciones neurológicas variadas que se llaman aura y consisten en trastornos visuales o sensación de hormigueo en labio, lengua y la mitad de la cara. El dolor suele ser de gran intensidad, afecta a la mitad derecha o izquierda de la cabeza, más raramente a ambos lados simultáneamente, se acompaña de sensibilidad a la luz (fotofobia), náuseas, vómitos y empeora claramente con la actividad física. Por ello los pacientes suelen retirarse a una habitación oscura y permanecen inactivos hasta que desaparecen los síntomas. (Pozo, Rosich., 2012)

### **Causas de migraña**

Es complicado explicar el proceso por el que ocurre la migraña, en parte porque no está del todo esclarecido. En la actualidad se acepta la teoría neurovascular. Según esta teoría la migraña se inicia por un mecanismo que afecta a estructuras neuronales del cerebro, las cuales acaban activando el sistema vascular de las meninges, responsables finalmente de dolor. (Brit Tallel., 2010)

Se considera que el desencadenante de la migraña es un estímulo frente al cual la persona migrañosa es hipersensible, probablemente como consecuencia de una predisposición genética. Este estímulo puede activar diferentes estructuras del sistema nervioso, de manera que la activación predominante en alguna de estas áreas se correlaciona con las características clínicas de la migraña.



La activación del hipotálamo sería la responsable de los pródromos (sensaciones previas de malestar), que son percibidos por un porcentaje de los migrañosos horas o días antes del inicio de la migraña. (Lipton, R., 2009)

La activación de la corteza cerebral, especialmente en su parte occipital, se relacionaría con la presencia del aura migrañosa, que es un fenómeno, generalmente de origen visual, que aparece unas horas o minutos antes del ataque.

Finalmente, la activación de los núcleos que están en el tronco cerebral desencadenaría la activación de fibras sensitivas, sobre todo de un nervio llamado trigémino. Este nervio inerva los vasos sanguíneos de las meninges y su activación produce vasodilatación e inflamación de los mismos, siendo responsables de la crisis migrañosa propiamente dicha.

### **Factores de riesgo**

Los ataques de migraña son muy diferentes entre los pacientes y en un mismo paciente a lo largo de su vida. Y, por ello, las causas que los producen también suelen serlo. Cada persona puede llegar a descubrir los factores o situaciones que más le afectan; y evitándolos conseguirá reducir la frecuencia de los ataques. (Ramirez, Sergio., 2012)

Estrés, alteración del patrón de sueño, factores hormonales (por ejemplo, es frecuente la migraña antes de la menstruación; mejora en el embarazo y la menopausia; el uso de anticonceptivos puede hacer que aparezca o que se agrave).

Factores dietéticos: entre ellos se incluye el alcohol, la cafeína, el chocolate, edulcorantes artificiales (sacarina, aspartato), el glutamato (una sal que se usa como potenciadora del sabor), cítricos o alimentos que contienen tiramina (el queso curado, las nueces, el yogur, algunos pescados, la salsa de soja, los plátanos, el aguacate, el vino tinto, etcétera).

Esfuerzo físico, estímulos fuertes, cambios acusados en el clima, estímulos fríos, como el comer un helado, la exposición a luces intensas, olores fuertes, el tabaco, enfermedades infecciosas, traumatismos craneales, medicamentos. (Fernández, C., 2011)

### **Clasificación de la migraña primaria**

## **Migraña sin aura**

El nombre deviene del hecho que algunas migrañas son precedidas de sensaciones mayormente visuales llamadas auras (aviso), en tanto que otras no, es decir ocurren sin aura. La migraña común es cuando menos tres veces más frecuente que la migraña con aura. Los criterios requeridos (IHS) para diagnóstico de migraña sin aura son los siguientes

A.- Cuando menos 5 ataques de cefalea que cumplen lo señalado desde B a D.

B.- Cada ataque dura entre 4 y 72 horas (con terapia ineficaz o ausente)

C.- Dolor con al menos 2 de las siguientes características

1. Localización unilateral.
2. Calidad pulsátil.
3. Dolor de intensidad moderada a severa.
4. Causado o agravado por la actividad física rutinaria (caminar o subir escaleras, etc.).

D.- Presencia durante la cefalea a alguno de los siguientes síntomas:

1. Náusea y/o vómito
2. Fotofobia y sonofobia

E.- La cefalea no es atribuible a otra enfermedad.

Los episodios dolorosos de la migraña sin aura o con aura, suelen empezar en la región frontal y temporal, de un lado o mitad del cráneo, de allí su descriptivo nombre, derivado de las palabras: griega hemikraneia, latina hemigranea y francesa migraine (jaqueca es la denominación árabe de la migraña). El dolor no obstante, a veces, puede empezar bilateralmente o extenderse de un lado a todo el cráneo. Al inicio la cefalea es de poca intensidad y aproximadamente después de una hora, el dolor alcanza su grado máximo, el cual en ese momento es catalogado, salvo excepciones, como de tipo latido y cuya intensidad es catalogada usualmente por el paciente como alta, agregándose a ello su frecuente calidad pulsátil (En escalas de evaluación subjetiva, de cero para la ausencia de dolor, hasta 10 en

caso de dolor intolerable, los pacientes generalmente dan la calificación entre 7 y 9). (Arroyo, j., 2015)

La frecuencia de ataques varía en diferentes pacientes. Cuando ocurren menos de una vez al mes se habla de migraña infrecuente o esporádica. Si ellos ocurren de 1 a 15 veces al mes se califica de migraña frecuente y finalmente si los episodios dolorosos se repiten más de 15 veces al mes, durante tres meses, se recomienda usar dos denominaciones, migraña crónica y migraña sin aura.

El motivo por el cual se exige, como un requisito del diagnóstico de migraña sin aura, que la persona haya tenido cuando menos 5 episodios dolorosos, es asegurar el diagnóstico diferencial con otras cefaleas primarias, tomando en cuenta la posible similitud de las molestias en cada crisis, De no llegar a 5 episodios sufridos por el paciente, es correcto usar el diagnóstico de posible o probable migraña sin aura.

### **Migraña con aura**

En este tipo de migraña, los criterios para su diagnóstico son los mismos que los exigidos en la migraña común, con la diferencia que en esta variante, el episodio es precedido de variados síntomas complejos, reversibles, llamados aura (aviso o anuncio), cuyas características se describen:

A.- El diagnóstico de migraña con aura requiere cuando menos dos crisis de cefalea, precedidos de los fenómenos señalados en B, C y D.

B.- Aura consistente en al menos uno de los siguientes (no debilidad muscular).

1. Síntomas visuales completamente reversibles, unos de características positivas como luces titilantes, manchas luminosas o líneas luminosas u otras negativas como pérdida de visión.
2. Síntomas somato sensoriales completamente reversibles, unos con características positivas como hincadas o pinchazos y otros negativos como adormecimiento.
3. Disfasia, transitoria, totalmente reversible.

C.- Al menos dos de los siguientes

1. Síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensoriales unilaterales.
2. Al menos un episodio de aura que evoluciona en casi 5 minutos y/o diferentes auras en sucesión cada 5 minutos.
3. Cada aura dura más de 5 minutos, pero menos de una hora.

D.- Cefalea que cumple los criterios B - D de migraña sin aura. El dolor comienza durante el aura o aparece post aura, en un tiempo no mayor de 60 minutos.

E.- La cefalea no puede ser atribuida a otra afección. (WHO, 2011)

### **Migraña hemipléjica**

Es aquella migraña con aura que incluye debilidad motora. Los criterios diagnósticos de esta son:

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

B.- Aura que presente las siguientes características

1. Debilidad motora completamente reversible
2. Síntomas visuales, sensitivos y/o del lenguaje completamente reversibles.

C.- Al menos dos de las siguientes 4 características:

1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un periodo >5 minutos, o dos o más síntomas se presentan consecutivamente
2. Cada síntoma de aura no motor se prolonga durante 5 a 60 minutos y los síntomas motores duran menos de 72 horas
3. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral
4. El aura se acompaña, o se sigue antes de 60 minutos, de cefalea.

D.- Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III, y se han descartado un ictus y un accidente isquémico transitorio. (Correa, Luis., 2014)

### **Migraña oftalmopléjica**

La migraña oftalmopléjica (MO) fue descrita por Jean-Martin Charcot en 1890. En la clasificación de 1988 fue incluida en el capítulo de las migrañas. En la revisión 2004, se la mueve de lugar al capítulo de Neuralgias craneales y otras algias faciales, pero se le mantiene el nombre a pesar de lo contradictorio.

Durante años al diagnóstico definitivo de la MO se llegaba por descarte, postulándose mecanismos muy variados: vasculares (micro-infartos, vasculitis), compresivos locales, trastornos anatómicos selares o paraselares o del seno cavernoso, hematológicos, etc.

Los criterios diagnósticos de migraña oftalmopléjica según la IHS (2004) son:

1. Al menos dos ataques que cumplan la definición.
2. Cefaleas migrañosas acompañadas o seguidas dentro de los cuatro días siguientes a su inicio, de paresia o parálisis de uno o más nervios craneales oculomotores.
3. Mediante investigaciones apropiadas deben descartarse lesiones paraselares, de la fisura orbitaria superior o fosa posterior.

McMillan, (2013) describe algunos criterios complementarios sobre esta:

1. Tiempo prolongado para la resolución de los síntomas con media de tres semanas.
2. Episodios recurrentes mostrando mayor duración de los ataques y un incremento en la severidad de la oftalmoplejia.
3. Secuelas neurológicas permanentes en 30 % de los episodios recurrentes.
4. Rápida mejoría y acortamiento de la duración de las crisis con el empleo de corticosteroides.
5. En alguna ocasión recaídas al disminuir el tiempo de administración del corticosteroide.

6. En estudios de resonancia magnética cerebral, potenciación transitoria del contraste en el trayecto subaracnoideo del nervio craneal afectado (hasta 86% de las veces).

### **Cuadro clínico.**

La migraña se caracteriza por ataques de dolor de cabeza severo que tiene unas particularidades específicas: el dolor afecta generalmente sólo un lado de la cabeza, es pulsátil, incapacitante y se acompaña de náuseas, vómitos, y fotofobia. Los síntomas y su duración varían considerablemente entre los pacientes, y también de un ataque a otro. Clásicamente se distinguen cuatro fases en el episodio de migraña, los pródromos, el aura, la fase de dolor y los póstdromos o resolución, aunque a menudo no están todas presentes. Los pródromos son referidos por el 80% de los pacientes, el aura por el 20% y la fase de dolor puede no existir como ocurre en el aura sin migraña. (Stewart WF, 2013)

### **Pródromos**

Los pródromos son una serie de síntomas o sensaciones muy variadas y a veces sutiles que se presentan por regla general varias horas antes del dolor y están presentes en la mayor parte de los pacientes con migraña. Algunos de los más frecuentes son sensación de euforia, irritabilidad, bostezos continuos, falta de atención, palidez y deseo compulsivo de ingerir alimentos dulces. A diferencia del aura, estos signos premonitorios pueden aparecer muchas horas e incluso días antes del dolor. (Rodríguez, Ledo., 2008)

### **Aura**

El aura se presenta en uno de cada cuatro pacientes con migraña, dura entre 20 y 60 minutos. Cuando desaparece hay un intervalo menor de una hora sin síntomas y posteriormente comienza el dolor que corresponde a la siguiente fase.

Los síntomas más característicos son los visuales que pueden ser muy diversos, lo más típico es que se manifieste en forma de escotoma centelleante que consiste en una zona ciega del campo visual acompañada por una serie de destellos luminosos móviles. En otras ocasiones, el aura provoca pérdida de sensibilidad y sensación de hormigueo que afecta a la mitad de la lengua y se extiende progresivamente al labio, la mejilla, el miembro superior y la mano del mismo lado. Con menos frecuencia pueden producirse deficiencias motoras que

ocasionan dificultad para hablar o pérdida de movilidad hemicorporal (en la mitad del cuerpo). Todos los síntomas producidos por el aura migrañosa son reversibles, desaparecen sin dejar ninguna secuela en menos de una hora. (Buonanotte, 2013)

### **Dolor**

Esta fase comienza con un dolor leve que aumenta poco a poco en intensidad hasta convertirse en moderado y severo. El dolor afecta solamente a la mitad derecha o izquierda de la cabeza, y se acompaña de una serie de síntomas característicos, se tolera mal la luz y los ruidos (fotofobia y fonofobia), por lo que el paciente se retira a una habitación oscura y evita realizar cualquier actividad. Asimismo, se presenta una sensación pulsátil que a veces se define como un rítmico martilleo doloroso y son frecuentes las náuseas y los vómitos. La duración es muy variable, comúnmente entre 3 y 24 horas si no se realiza ningún tratamiento o este es ineficaz. Si el dolor no cede después de 72 horas, la situación se considera una complicación que se llama estatus migrañoso. (Bigal, M., 2010)

### **Migraña en la infancia y adolescencia.**

En este periodo de la vida, la migraña no es inusual, la padecen alrededor del 6% de los adolescentes, mientras que el 18% de los adultos migrañosos manifiestan que sufrieron su primer episodio antes de los 10 años. Los síntomas son algo diferentes a los del adulto, el dolor es con mayor frecuencia bilateral, la duración es más corta a veces solo de una hora, en contraste con el mínimo establecido de cuatro horas para los adultos y a menudo el niño no expresa los síntomas acompañantes de fotofobia, náuseas y empeoramiento por las actividades físicas, por lo que los mismos deben ser deducidos por los padres tras la observación de la conducta de su hijo. (Schawtmanz, L., 2011). Por otra parte existen varios trastornos característicos de la infancia en los cuales la migraña se expresa con vómitos, dolor abdominal o vértigos, mientras que el dolor de cabeza es leve o está ausente, son los llamados síndromes periódicos de la infancia o equivalentes migrañosos que se consideran precursores de la migraña en la edad adulta e incluyen tres posibles diagnósticos: vómitos cíclicos de la infancia, migraña abdominal y vértigo paroxístico benigno de la infancia. (Winner, P., 2011)

## **Evolución.**

La evolución de los ataques migrañosos varía mucho a lo largo de la vida del paciente. Se sabe que van disminuyendo de intensidad y frecuencia a medida que se envejece. Durante los periodos de tiempo que transcurren entre los ataques, el paciente no presenta ningún síntoma. Pueden producirse varios ataques al mes (importante, porque es un criterio diagnóstico de migraña), pero rara vez aparecen a diario. Así mismo, los ataques no tienen por qué presentar el mismo patrón siempre: pueden variar los pródromos; y un paciente que habitualmente sufre de migraña con aura no tiene por qué presentar aura en cada ataque. Además, no es infrecuente que el paciente de migraña sufra de vez en cuando de cefalea tensional. (Bolay, H., 2010)

En general, afecta a la vida diaria del paciente, imposibilitando en muchos casos las actividades habituales, por la necesidad de reposo. Puede producir inconvenientes en el campo laboral, ya que muchos pacientes requieren de baja laboral durante los días que dura el ataque; así como en las relaciones personales, actividades deportivas o de ocio. (Pedersen., 2011)

## **ADULTOS**

**DEFINICIÓN:** Según la OMS es la edad comprendida entre aproximadamente los 20 hasta a los 35 años de edad, luego de la resolución de la crisis del adolescente, esta permite el paso a una etapa en donde el individuo se vuelve más independiente y toma más responsabilidad en sus actos. (OMS, 2014)

## **CLASIFICACIÓN**

**ADULTEZ:** Es la llamada segunda edad de la vida del ser humano, incluye el final de la adolescencia por lo que no pueden verse aisladas una de otra, es el periodo comprendido entre los 20 y los 59 años de edad. (Moragrega, AJL., 2012)

El hombre alcanza la etapa plena de desarrollo humano, se enfrenta a la sociedad con un nivel de responsabilidad en la formación de las nuevas generaciones



### Clasificación por edades

Adulto joven ----de 18 años a----44 años

Adulto maduro----de 45 años a----64 años

A esa edad el ADULTO JOVEN alcanza la madurez física y sus sistemas corporales funcionan a óptimo nivel adquieren una filosofía de la vida acorde con los cambios sexuales las transformaciones físicas y el momento social en el cual se desarrollan. La percepción sensorial e intelectual y el vigor muscular están al máximo. (OMS, 2012)

En el ADULTO MADURO será el crecimiento y a partir de los 45 años hay una disminución progresiva de la talla debido a los cambios degenerativos. Desarrolla un nuevo tipo de relación interpersonal. Desecha a voluntad lo que considera bueno o no. Contribuye a la transformación del medio.

Así como a su desarrollo. Se convierte en un eslabón más del proceso social. Hay aumento de peso con el decursar de los años.

### **ADULTO SANO**

Se considera a una persona saludable cuando está en equilibrio con su medio ambiente, cuando hay autonomía, dignidad y responsabilidad en su familia y en la comunidad. (Caudillo, L., 2015)

### LA SALUD DEPENDE DE DOS GRANDES GRUPOS DE FACTORES FUNDAMENTALES:

Los factores constitucionales o genéticos que marcan al ser humano desde su nacimiento.

El Medio ambiente que ejerce su influencia sobre los factores genéticos. El primer grupo conformado por los factores constitucionales o genéticos que marcan al ser humano desde su nacimiento (Tapia, Cr., 2011)

El segundo grupo está dado por el Medio ambiente que ejerce su influencia sobre los factores genéticos.

Hay que orientar y exigir a las personas con respecto a la necesidad de responsabilizarse en las cuestiones de salud, es importante la reorientación del concepto de Salud.

## 5. MATERIALES Y MÉTODOS

### **Metodología**

Se utilizó el método descriptivo ya que permitió conocer las características clínicas de presentación de la migraña en los diversos pacientes estudiados describiendo las cualidades como el género, edad, el tipo de migraña para ayudar a establecer correctamente el diagnóstico de esta patología y poderlo diferenciarlo de otras con similares síntomas clínicos, también se usó la metodología cuantitativa ya que para la presentación del estudio sobre prevalencia se debía obtener porcentajes y número de casos de esta enfermedad, además fue un estudio retrospectivo longitudinal ya que se analizó en el tiempo presente con datos obtenidos de pacientes que fueron atendidos en un periodo previo a la elaboración de esta investigación.

### **Universo**

Todos los pacientes que acuden a consulta externa de Neurología del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja durante el periodo Febrero-October 2015. El universo fue de 2345 pacientes

### **Muestra**

Pacientes adultos jóvenes que acuden a consulta externa de Neurología durante los meses de Febrero a Octubre del 2015 que tienen diagnosticada migraña o que se diagnostica migraña por primera vez. El tamaño de la muestra es de 99 pacientes quienes cumplen con los criterios de inclusión y manifestaron síntomas de migraña.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes adultos jóvenes entre 20-44 años
- Pacientes con diagnóstico de migraña atendidos en consulta externa de Neurología del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja
- Pacientes atendidos durante los meses Febrero-October 2015.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes menores de 20 años y mayores de 44 años
- Pacientes con otros diagnósticos atendidos en consulta externa de Neurología del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja
- Pacientes que acuden durante los meses de Enero, Noviembre y Diciembre del 2015

### **Área de estudio**

El Hospital Provincial General “Isidro Ayora” inicia sus actividades en agosto de 1.979, brindando a la comunidad lojana, la oportunidad de acceder a una atención de calidad científica y humanística, es una Entidad del Sistema de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, implementado para prestar atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento a la población de la Región Sur del país, así como del área de influencia, cuyos servicios externos cubren un radio de acción hasta el ámbito familiar. Es además un centro de formación profesional de personal médico y de enfermería, así como de investigación bio-social.

Esta institución de salud, es regida por el Estado, cumple funciones de docencia universitaria, semi-abierta, zonal. Actualmente tiene una dotación normal de 243 camas destinadas para una población urbana actual de 180.019 (70,33%) habitantes, para el área rural de 75.919 (29,66%), y con una cobertura a nivel de su provincia como de las partes altas de las provincias de El Oro y de Zamora Chinchipe.

El Hospital Provincial General “Isidro Ayora” está ubicado en la parte céntrica de la ciudad de Loja, sus límites son: Al Norte con la Calle Manuel Monteros Valdivieso, Sur con la calle Juan José Samaniego, Este con la avenida Manuel Agustín Aguirre; y al Oeste con el Túnel de los Ahorcados. Esta Entidad de salud cuenta con 7 pisos distribuidos por servicios: Planta baja (comedor, lavandería, mantenimiento, anfiteatro); Primer piso (Farmacia, Central telefónica, Área administrativa, consulta externa, departamento de diagnóstico, emergencia, estadística, fisioterapia, imprenta, biblioteca); Segundo piso (Gineco obstetricia, Centro Obstétrico, Neonatología, Patología); Tercer piso (Centro quirúrgico, Central de esterilización, Cirugía, UCI, Unidad de quemados, Unidad de Hemodiálisis, Área Jurídica); Cuarto piso (Clínica, Pediatría).

## **Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.**

El instrumento para la recolección de la información fue la hoja de datos elaborada por el autor de la presente tesis John Roberto Camacho Muñoz (Ver anexo 1). Ésta hoja de recolección de datos estuvo conformada por 5 ítems que indagaron sobre Número de Historia clínica, género, edad, diagnóstico previo de migraña y tipo de migraña que se presentó según la codificación del (CIE-10) Codificación Internacional de Enfermedades. (Ver anexo 4).

En el ítem de edad, se subdividió la categoría por grupos de edad para una mejor recopilación de la información para su posterior análisis de la información recolectada a partir de las historias clínicas.

La validación de éste instrumento se realizó mediante la recopilación previa de los números de historias clínicas a través del software del ministerio de salud pública RDACAA, el cual dio pautas para agregar ítems y eliminar otros que no considere necesarios para la presente investigación.

## **Recolección de datos**

Previamente a la toma de datos se realizó coordinaciones pertinentes con el departamento de docencia del Hospital, donde se le informó sobre el estudio que deseaba realizarse y la factibilidad para poderlo realizar en esta casa de salud, con lo cual se solicitó el permiso correspondiente a través de una petición a la Universidad Nacional De Loja carrera de Medicina Humana para realizar el trabajo de campo durante el periodo establecido del proyecto. También se solicitó el apoyo del departamento de Estadística del Hospital Isidro Ayora con los permisos correspondientes para que brinden las facilidades en la recolección de los mismos.

Adicionalmente se solicitó acceso al sistema informático de consulta externa que maneja el ministerio de salud pública RDACAA para obtener los números de Historias Clínicas de los pacientes de los cuales se tenía que recolectar la información. Se coordinó con el departamento de estadística la fecha y hora determinada para la recolección de la información y poder llenar la hoja de datos.

## **Procesamiento y tabulación de datos**

La información recogida se procesó en hojas de cálculo preparadas para dicho fin, en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Para el análisis de la información se utilizó gráficos para todas las variables y, para determinar la prevalencia se utilizó el programa Epidat tomando en cuenta la población analizada y la muestra con un índice de confianza del 95%.

## **6. RESULTADOS OBTENIDOS**

**Objetivo n° 1:** Conocer la prevalencia de migraña en adultos jóvenes atendidos en consulta externa Neurología durante el periodo Febrero-Octubre 2015

**CUADRO N° 1:**

Prevalencia de migraña en adultos jóvenes atendidos en consulta externa durante el periodo Febrero-October 2015.

Número de casos	99
Población total	2345
Prevalencia	0.04

FUENTE: Estadística Hospital Isidro Ayora

Elaboración: John Roberto Camacho Muñoz

**Objetivo n°2:** Determinar el género en el que se presenta el mayor número de casos de migraña

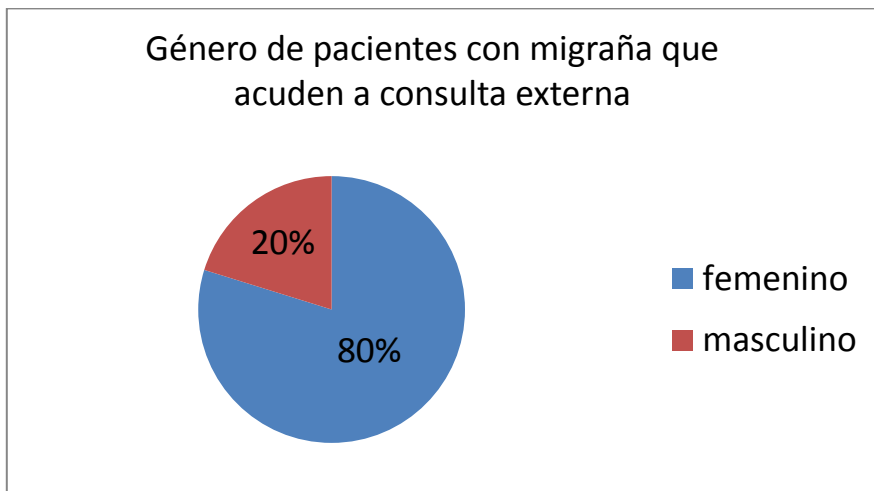
**CUADRO N° 2**

Género de pacientes adultos jóvenes que acuden a consulta externa de Neurología del Hospital Isidro Ayora por migraña en el periodo Febrero-October 2015

Género	Frecuencia
Femenino	79
Masculino	20
Total	99

FUENTE: Estadística Hospital Isidro Ayora

Elaboración: John Roberto Camacho Muñoz

**GRAFICO N° 2**

FUENTE: Estadística Hospital Isidro Ayora

Elaboración: John Roberto Camacho Muñoz

**Análisis:**

De los 99 pacientes estudiados se encontró que en el género femenino existe un mayor número de casos de migraña con 80% que da un total de 79 casos, en comparación al género masculino con 20% que equivale a 20 casos.

**Objetivo N° 3:** Conocer el grupo de edad con mayor prevalencia de migraña en pacientes que acuden al servicio de consulta externa de Neurología del Hospital Isidro Ayora.

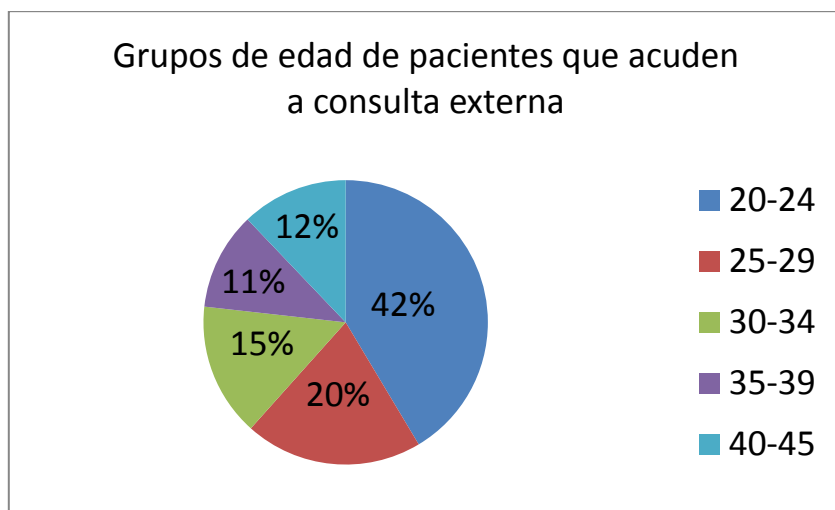
### CUADRO N° 3

Edad de pacientes adultos jóvenes que acuden a consulta externa de Neurología del Hospital Isidro Ayora por migraña en el periodo Febrero-October 2015

Grupos de edad	Frecuencia
20-24	41
25-29	20
30-34	15
35-39	11
40-45	12
Total	99

FUENTE: Estadística Hospital Isidro Ayora  
Elaboración: John Roberto Camacho Muñoz

### GRAFICO N° 3



FUENTE: Estadística Hospital Isidro Ayora  
Elaboración: John Roberto Camacho Muñoz

#### Análisis:

El grupo de edad en el cual se encuentra migraña con mayor frecuencia está comprendido entre los 20-24 años con 42% que equivale a 41 casos y en menor frecuencia edades entre 35-39 años con 11% que equivale a 11 casos.

**Objetivo N° 4:** Conocer el número de casos nuevos de migraña en pacientes adultos jóvenes atendidos en consulta externa Neurología Hospital Isidro Ayora

### CUADRO N° 4

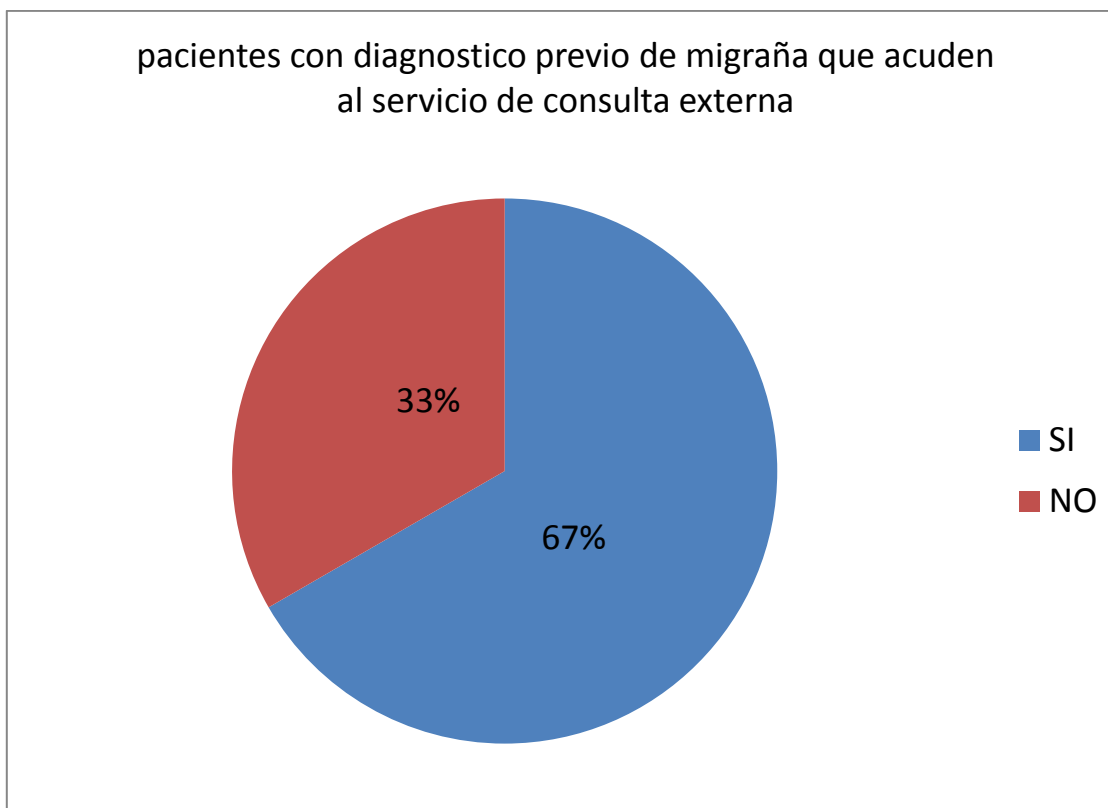


Pacientes adultos jóvenes con diagnóstico previo de migraña que acuden a consulta externa de Neurología del Hospital Isidro Ayora durante el periodo Febrero-October 2015

Diagnóstico previo	Frecuencia
Si	66
No	33
Total	99

FUENTE: Estadística Hospital Isidro Ayora  
Elaboración: John Roberto Camacho Muñoz

#### GRAFICO N° 4



FUENTE: Estadística Hospital Isidro Ayora  
Elaboración: John Roberto Camacho Muñoz

#### Análisis:

Se encontró que el 67% de pacientes tenían diagnosticada migraña previamente y el 33% restante fue diagnosticado por primera vez en el servicio de consulta externa Neurología.

**Objetivo N° 5:** Conocer el tipo de migraña más frecuente presentado en los adultos jóvenes atendidos en consulta externa Neurología del hospital Isidro Ayora

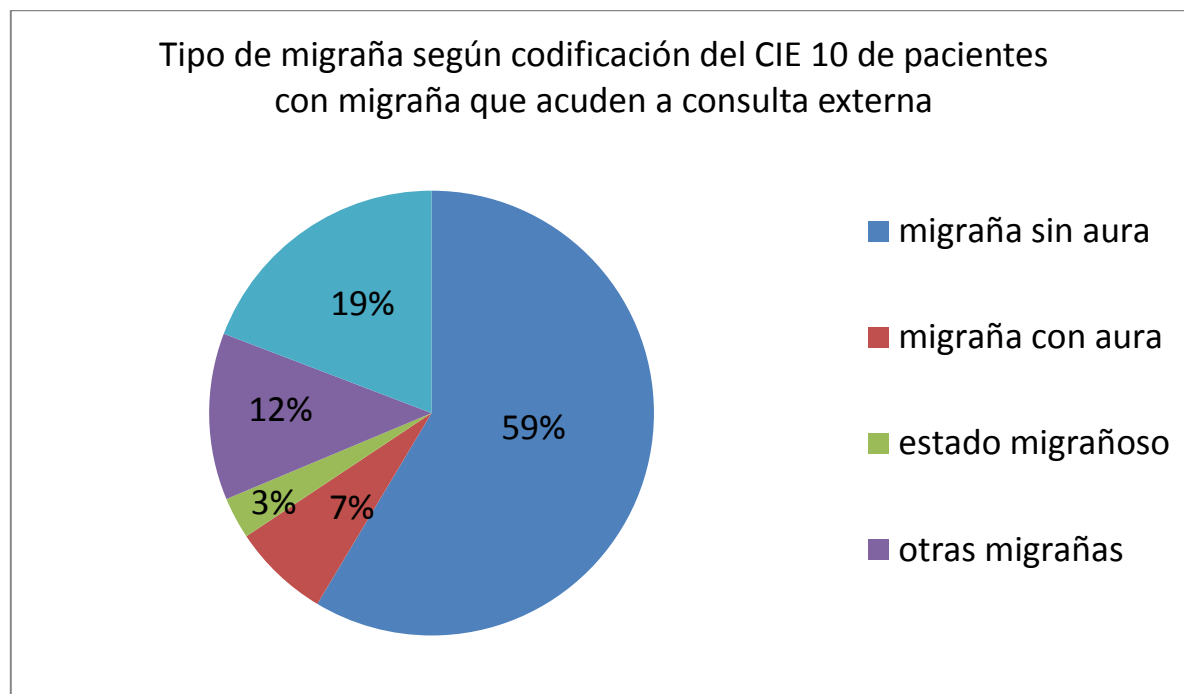
#### CUADRO N° 5

Tipo de migraña más frecuente en pacientes adultos jóvenes que acuden a consulta externa de Neurología del Hospital Isidro Ayora durante el periodo Febrero-October 2015

Tipo de migraña según codificación del CIE10	Frecuencia
migraña sin aura	58
migraña con aura	7
estado migrañoso	3
otras migrañas	12
migraña, no especificada	19
Total	99

FUENTE: Estadística Hospital Isidro Ayora  
Elaboración: John Roberto Camacho Muñoz

### GRAFICO N° 5



FUENTE: Estadística Hospital Isidro Ayora  
Elaboración: John Roberto Camacho Muñoz

#### Análisis:

El tipo de migraña más frecuente fue migraña sin aura con 59% equivalente a 58 casos y menor frecuencia el estado migrañoso con 3% que es igual a 3 casos.

**Objetivo N° 6:** Determinar el tipo de migraña más frecuente según el género presentado en los adultos jóvenes atendidos en consulta externa Neurología del hospital Isidro Ayora

### CUADRO N° 6

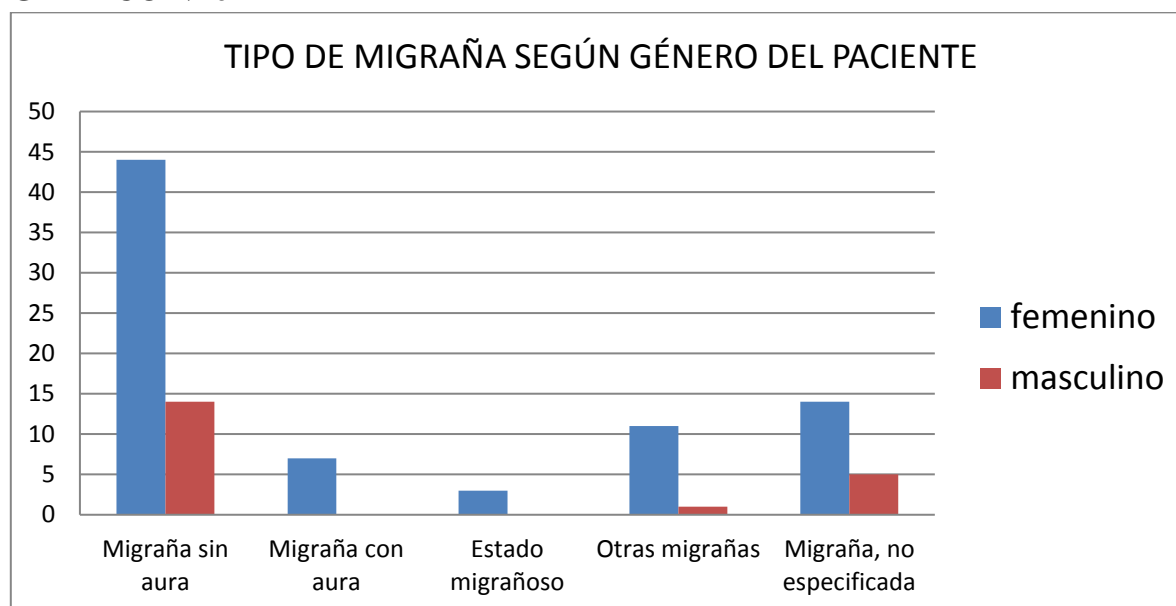
Tipo de migraña según el género en pacientes adultos jóvenes que acuden a consulta externa de Neurología del Hospital Isidro Ayora por migraña en el periodo Febrero-October 2015

Tipo de migraña	Género del paciente		TOTAL
	Femenino	Masculino	
Migraña sin aura	44	14	58
Migraña con aura	7	0	7
Estado migrañoso	3	0	3
Otras migrañas	11	1	12
Migraña, no especificada	14	5	19
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>20</b>	<b>99</b>

FUENTE: Estadística Hospital Isidro Ayora

Elaboración: John Roberto Camacho Muñoz

### GRAFICO N° 6



FUENTE: Estadística Hospital Isidro Ayora

Elaboración: John Roberto Camacho Muñoz

### Análisis:

Tanto en el género femenino como masculino la migraña sin aura prevalece con una proporción 3:1 del género femenino sobre el masculino con 44% frente a 14.14%.

## 7. DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que la prevalencia de migraña en los adultos jóvenes que acudieron al servicio de consulta externa fue de 0.04 encontrándose en mayor frecuencia

en el género femenino con una relación 4:1 respecto al género masculino; En el Migraine Study I y II realizados en Estados Unidos entre el periodo 1998-2004 se encontró una prevalencia de 18% en mujeres en comparación con una prevalencia de 6% en hombres, misma que se triplicaba en mujeres trascurridos los 20 años de vida encontrándose en similares características y datos con el presente proyecto; Rueda Sanchez (2011), en un estudio realizado en Bucaramanga encontró una prevalencia de migraña en mujeres de 17,5%. Morillo y colaboradores (2012), reportaron en población Latinoamericana prevalencias anuales de migraña en mujeres desde 6,1% en Argentina, hasta 17,4% en Brasil y en hombres desde 2,9%; en Ecuador hasta 7.8%.

Según los datos encontrados en esta investigación se pudo conocer que las edades entre las cuales se presenta mayor número de casos es entre las edades comprendidas desde 20-24 años con 42%, seguido de pacientes entre 25-29 años con 20% de los datos, y menos cantidad entre las edades de 40-45 años con 11%; En un estudio en el mar de Plata, Argentina. Manca (2010) evaluó una muestra de 53 pacientes diagnosticados con migraña, encontró que el 32% de la muestra tiene entre 25 y 30 años de edad; el 58% trabajan; el 30 % iniciaron su enfermedad entre los 16 y 20 años.

Con los datos encontrados se obtuvo que el tipo de migraña que más se presenta en la población de adultos jóvenes es la migraña sin aura o migraña clásica con un 59%, seguido de otros tipos de migraña no especificados con un 19% y el estado migrañoso que son pacientes que acudieron más de una vez al servicio de consulta externa en el periodo de estudio con 3%; otros estudios como los realizados por Talley (2010) en un estudio epidemiológico nacional Austriaco que mostró que el 10.2% de la población padece migraña; 5.6%, sin aura; 2.3%, migraña con aura, y el 2.3%, migraña borderline; En Zaragoza, España Gracia-Naya (2010) concluyó que la prevalencia global de migraña ampliada es de 16.6%. Por grupos diagnósticos: migraña con aura 2.9%, migraña sin aura 9.7% y migraña vascular 12.6%. Mayor prevalencia de mujeres en todos los tipos de migraña. Tanto en America Latina como en Ecuador las cifras se encontraron en forma similares siendo la migraña sin aura la más frecuentemente encontrada en los estudios realizados por diversos autores.

Con lo que se concluye que, pese a no ser un motivo frecuente de hospitalización la migraña es un problema de salud pública presente que se debe tener muy en cuenta ya que

existe gran cantidad de población, especialmente la población económicamente activa en la que más se encuentra esta patología, mayormente en el género femenino y presentándose como migraña sin aura o denominada migraña clásica.

## **8. CONCLUSIONES**

- Se encontró que existe una prevalencia de migraña de 0.04 en pacientes adultos jóvenes que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Isidro Ayora.
- La mayor cantidad de pacientes que acudieron al servicio de consulta externa de Neurología por presentar migraña fueron mujeres.
- La edad en la que mayormente se presentaron casos de migraña fueron las edades comprendidas entre los 20-24 años.
- El tipo de migraña que más se presentó fue el de migraña sin aura o migraña clásica.

## **9. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda a pacientes que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Isidro Ayora hacerlo de manera temprana para evitar posibles complicaciones presentadas por esta enfermedad.
- A los pacientes que acuden a los servicios de Neurología recomendarles realizar ejercicio físico regular, sin realizar sobre esfuerzos físicos, que puede generar la aparición de migraña.
- A los pacientes que presenten migraña y sean atendidos en el servicio de consulta Externa recomendar en lo posible disminuir el estrés laboral realizando otras actividades recreativas que ayuden disminuir la aparición de cuadros repetitivos de migraña.
- Comentar al grupo de pacientes estudiados en la presente investigación no exceder el consumo de bebidas alcohólicas y promover los buenos hábitos alimenticios para disminuir la presencia de migraña en ellos.

## **10.BIBLIOGRAFIA**

Bigal, M.E. (2010). «Chronic migraine in the population: burden, diagnosis, and satisfaction with treatment». *Neurology* **71**: P. 559-566. Disponible en: <http://www.headachejournal.org/SpringboardWebApp/userfiles/headache/file/LaMigranaCrónica.pdf>

Bolay, H.; A. Rapoport (2010). Headache, The Journal of head and face pain. (ed.): «Does Low Atmospheric Pressure Alone Trigger Migraine» Disponible en: <http://neurologia.publicacionmedica.com/spip.php?article554>

Britt Talley, Daniel (2010). AuthorHouse, ed. *Migraine*.

Buonanotte CF, Buonanotte C. Migraña. *Neurol Arg* 2013; 5: 94-100. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-migrana-41?redirectNew=true>

Carod-Artal FJ, Irimia P, Ezpeleta D. Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. *Rev Neurol* 2012; 54: 629-37. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v29n1/v29n1a03.pdf>

Comité de la clasificación internacional de las cefaleas de la Headache Classification International Society. 3ra edición Marzo 2013. Disponible en: [http://www.sen.es/pdf/2014/cic3\\_beta.pdf](http://www.sen.es/pdf/2014/cic3_beta.pdf)

Contreras, Maure. Características migraña en una población rural cubana. 2011. Disponible en: <http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?id=2008652>

CORREA. Luis. Dr. Migraña Oftalmopléjica. Ateneo. 2014. Disponible en: <http://www.institutodeneurologia.edu.uy/sitio/documentos/MO.pdf>

Deza Brigans, Luis. La migraña en el Perú: estudio sobre prevalencia y características clínicas. *Revista Neuropsiquiátrica*. 2012. Pag. 144. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1463>

International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33: 629-808. Disponible en: [http://www.sen.es/pdf/2014/cic3\\_beta.pdf](http://www.sen.es/pdf/2014/cic3_beta.pdf)



JONSSON P, HEDENRUD T, LINDE MATTIAS. Epidemiology of medication overuse headache in the general Swedish population. *Cephalgia* 2011; 31: 1015–1022. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37\\_3\\_11/gin03311.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_3_11/gin03311.htm)

Lipton RB, Bigail ME. Epidemiology of Migraine in Latin America: An Editorial. *The Journal of Head & Face Pain* 2010: 103-104. Disponible en: <https://fisyp.org.ar/article/revista-la-migrana/>

Lipton, R.B. (2009). «Migraine with aura». *British Medical Journal*: P. 337. Disponible en: <http://www.bmj.com/company/products-services/#service19>

López Rodríguez, Isidoro; Rodríguez Ledo, M<sup>a</sup> del P.; Sánchez de Enciso Ruiz, M. (2008). Fistera (ed.): <Guía clínica. Migraña>. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/migrana/>

Lu SR, Fuh JL, Chen WT, Juang KD, Wang SJ. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. *Cephalgia* 2011; 21: 980-6. Disponible en: [http://iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgaintPain2/HeadacheFactSheets/1-Epidemiology\\_Spanish.pdf](http://iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgaintPain2/HeadacheFactSheets/1-Epidemiology_Spanish.pdf)

M. Gracia-Naya. Importancia de las cefaleas en consultas neurológicas. Aragón, Zaragoza. España. 2010. Disponible en: <http://www.acmcb.es/files/425-1710-DOCUMENT/Arteaga-016-10Feb11.pdf>

Manca, Sofia. Universidad Fasta, Argentina. Prevalencia de migraña en población que acude a consulta neurológica del mar de Plata. 2010. Disponible en: <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/342>

Matias-Guiu J, Porta-Etessam J, Mateos V, Díaz-Insa S, López-Gil A, Fernández C; Scientific Committee of the PALM Program. One-year prevalence of migraine in Spain: a nationwide population-based survey. *Cephalgia* 2011; 31: 463-70. Disponible en: <http://neurologia.publicacionmedica.com/spip.php?article554>

Pedersen, D. M.; W.M. Wilson, G.L. White, Jr., R.T. Murdock, K.B. Digre (2011). Journal of Family Practice (ed.): «Migraine aura without headache» Disponible en: <https://www.centerwatch.com/clinical-trials/condition/100/migraine-headaches>

PEREZ, Roidel. Migraña un reto para el médico general integral. México 2008. Disponible en: <http://revmexneuroci.com/archivos/>

Pilar, Navia: Farah, J: Factores asociados a migraña en estudiantes universitarios entre 18-35 años. 2011. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/chc/v51n2/v51n2a05.pdf>

Pozo-Rosich P. Migraña: epidemiología e impacto. Rev Neurol 2012; 54 (Supl 2): S3-11. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/6008/bn080341.pdf>

Ramírez, Sergio Francisco. Asociación colombiana de neurología (ed.): <Guía de diagnóstico y tratamiento de la cefalea>. 2012 Disponible en: <http://www.acnweb.org/es/acta-neurologica/volumen-30-2014/154-volumen-30-no-3-julio-septiembre-de-2014/1031-consenso-de-expertos-de-la-asociacion-colombiana-de-neurologia-para-el-tratamiento-preventivo-y-agudo-de-la-migrana.html>

Rondon, J: Remy Rada. Rev. Panamericana de Salud, 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/journal/>

Rothrock, J.F. Headache. American Headache Society (ed.): Material educativo de cefaleas. Migraña

Rueda-Sánchez. Medication overuse in Bucaramanga, Colombia: Prevalence and associated factors. Acta Neurol Colomb 2013;29:20-26. Disponible en: [http://www.acnweb.org/acta/acta\\_2010\\_26\\_1\\_5-10.pdf](http://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_1_5-10.pdf)

Schawtmanz. L: Calidad de vida y migraña. HEALTH RELATED QUALITY. 2012

Silberstein S, Dodick D, Saper J, Huh B, Reed K, Narouze S, et al. The safety and efficacy of occipital nerve stimulation for the management of chronic migraine. Cephalgia 2011; 31 (Suppl 1): S117. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5410/bh100629.pdf>

Stewart WF, Roy J, Lipton RB. Migraine prevalence, socio-economic status, and social causation. *Neurology* 2013; 10; 81: 948-55. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/>

Trillos CE. Conceptos básicos de epidemiología, en: Blanco JH, Maya JM, editores. *Fundamentos de Salud Pública*, segunda ed. Medellín: CIB (Corporación para Investigaciones Biológicas); Actualización 2011: 6-29. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Sergio\\_Calleja2/publication/230843185\\_Migraine\\_as\\_a\\_vascular\\_risk\\_factor/links/00b7d515ff3250c119000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sergio_Calleja2/publication/230843185_Migraine_as_a_vascular_risk_factor/links/00b7d515ff3250c119000000.pdf)

VELARDE, Elizabeth, AVILA, Carlos. Pronosticos en migraña a través del tiempo. 2012.

Villate S, Arroyo J, Bessolo E, Crespín F. Cefalea y síntomas funcionales. *Rev Neurol* 2015; 60: 341-4. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5410/bh100629.pdf>

Winner, P. American Headache Society (ed.): «Pediatric and adolescent migraine» 2011. Disponible en: [http://iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/HeadacheFactSheets/5-Childhood\\_Spanish.pdf](http://iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/HeadacheFactSheets/5-Childhood_Spanish.pdf)

World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data. *Atlas of headache disorders and resources in the world 2011*. Italy: WHO; 2011. Disponible en: [http://www.who.int/topics/headache\\_disorders/es/](http://www.who.int/topics/headache_disorders/es/)

Zabala, Hector A: Bibiana B: Epidemiología de la migraña a nivel mundial e impacto socioeconómico. *Rev. Argentina de Neurocirugía* Oct-Dic. 2013. Disponible en: <http://aanc.org.ar/ranc/>.

# ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
AREA DE LA SALUD HUMANA  
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**TEMA:**

Prevalencia de migraña en adultos jóvenes atendidos en consulta externa de Neurología del HRIAL durante el periodo Febrero - Octubre 2015

---

**Historia Clínica:** \_\_\_\_\_

**Género:**

Masculino

Femenino

**Edad (años):** \_\_\_\_\_

**Grupo etario:**

20-25

36-40

26-30

41-45

31-35

**Diagnosticado de migraña previamente:**

Sí

No

**Tipo de migraña según clasificación del CIE 10**

G430  G431  G432  G433  G438  G439

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
MIGRAÑA	Cefalea primaria en la que no hay lesión de las estructuras de la cabeza sensibles al dolor y que ha sido diagnosticada por el médico en su consulta o cuando el paciente ha sido hospitalizado	Biológica	Diagnóstico de migraña	Si tiene migraña No tiene migraña
EDAD	Número de años cronológicamente cumplidos desde el nacimiento del individuo	Biológica	Adultos jóvenes	20-25 años 26-30 años 31-35 años 36-40 años 41-44 años
GENERO	Clasificación de individuos que reúnen ciertas características biológicas en común.	Biológica	Género	Masculino Femenino



CODIFICACION INTERNACIONAL SEGÚN CIE-10 DE LA MIGRAÑA EN SUS DIFERENTES  
VARIETADES SEGÚN DATOS OBTENIDOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

✓ **(G43) Migrañas**

- (G43.0) Migraña sin aura (migraña común)
- (G43.1) Migraña con aura (migraña clásica)
- (G43.2) Estado migrañoso
- (G43.3) Migraña complicada
- (G43.4) Otras migrañas
- (G43.5) Migraña, sin especificar



# PROYECTO DE TESIS



## **TEMA:**

Prevalencia de migraña en adultos jóvenes atendidos en consulta externa del Hospital Isidro Ayora durante el periodo Febrero-Octubre 2015



## PROBLEMATIZACIÓN:

La migraña es el motivo de consulta de origen neurológico más frecuente, se caracteriza por un dolor intenso en la cabeza que puede o no estar precedido de aura y puede presentar en los pacientes que la padecen alteraciones de la visión, oído y olfato, además de disminución en la productividad de estos pacientes y un deterioro en su calidad de vida.

Habitualmente el enfermo sufre menos de un ataque por mes pero indudablemente los sujetos que solicitan ayuda experimentan episodios con más frecuencia. En forma reciente se publicaron los resultados de un estudio epidemiológico nacional en Austria que mostró que el 10.2% de la población padece migraña; 5.6%, sin aura; 2.3%, migraña con aura, y el 2.3%, migraña *borderline*. El 30.7% sufría otros tipos de cefaleas primarias<sup>1</sup>. Un estudio similar en Holanda reveló que el 3% de las mujeres de 13 a 55 años padecían migraña en relación con su ciclo menstrual. La prevalencia en hombres y mujeres suele ser semejante hasta la pubertad, luego hay un claro predominio femenino.

Se calcula que en los países occidentales la migraña afecta a cerca del 12% de los adultos, con una prevalencia en los Estados Unidos del 18% en las mujeres y el 6% en los hombres. Esta situación no es muy diferente en América Latina, con una prevalencia informada en mujeres entre 6,5% y 17,4% y en hombres del 2,9% al 7,8%.<sup>2</sup>

Se observó que las personas con mayor nivel educativo e ingresos más elevados tienen menos migraña. El pico de prevalencia ocurre entre los 35 y los 40 años. Un meta-análisis de investigaciones de los Estados Unidos reveló una prevalencia del 6% en hombres y del 15% al 18% en mujeres<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Bolay, H.; A. Rapoport (2008). Headache, The Journal of head and face pain. (ed.): «Does Low Atmospheric Pressure Alone Trigger Migraine»

<sup>2</sup> Carod-Artal FJ, Irimia P, Ezpeleta D. Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. Rev Neurol 2012; 54: 629-37.

<sup>3</sup> Lipton RB, Diamond S, Diamond ML, Stewart WF. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. Headache 2011; 41: 646-657.



En el entorno laboral la migraña está asociada con una reducción de la productividad, que en Estados Unidos generó pérdidas por encima de los 13 billones de dólares en 1998 y 19,6 billones de dólares en 2002, cifra la cual se espera incremente con los años debido a ser ésta una enfermedad más frecuente en mujeres, grupo con mayor crecimiento de la fuerza de trabajo en Occidente. Michel et al; en el estudio de una cohorte francesa, informaron que el 20% de las personas con migraña tienen un periodo de ausentismo laboral, con al menos 1,68 días perdidos por individuo, representando un costo anual de 240 dólares por cada migrañoso<sup>4</sup>.

En Chile en el año de 2007 se realizó un estudio sobre la cefalea y migraña que dio como resultado que el 36% de la población estudiada presentaba cefaleas frecuentes de las cuales la prevalencia global de migraña fue de 7.3%; Una prevalencia de 11.9% en la mujer y de 2% en el hombre. Los grupos sociales más bajos eran en los que más se presentó esta patología<sup>5</sup>.

En Colombia, un estudio realizado por Rueda-Sánchez y Díaz-Martínez en Bucaramanga, Santander, muestra una prevalencia general de migraña del 13,7%, en mujeres del 17,5% y en hombres del 5,2%<sup>6</sup>.

Morillo y colaboradores, reportaron en población Latinoamericana prevalencias anuales de migraña en mujeres desde 6,1% en Argentina hasta 17,4% en Brasil y en hombres desde 2,9% en Ecuador hasta 7.8% en Brasil, hallaron además que el 94,5% de los sujetos evaluados presentaron episodios de moderada intensidad y en 15% una frecuencia mayor de una crisis al mes

---

<sup>4</sup> Silberstein S, Dodick D, Saper J, Huh B, Reed K, Narouze S, et al. The safety and efficacy of occipital nerve stimulation for the management of chronic migraine. *Cephalalgia* 2011; 31 (Suppl 1): S117.

<sup>5</sup> Lipton RB, Bigail ME. Epidemiology of Migraine in Latin America: An Editorial. *The Journal of Head & Face Pain* 2010: 103-104.

<sup>6</sup> Trillos CE. Conceptos básicos de epidemiología, en: Blanco JH, Maya JM, editores. *Fundamentos de Salud Pública*, segunda ed. Medellín: CIB (Corporación para Investigaciones Biológicas); Actualización 2011: 6-29.



En base a este problema de la migraña me he planteado la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la prevalencia de migraña en pacientes atendidos en consulta externa de Neurología del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja?



### **JUSTIFICACIÓN:**

La migraña actualmente es una de las principales consultas en neurología, la cual ha ido incrementando con el ritmo de vida que llevan actualmente los adultos jóvenes por condiciones estresantes en sus trabajos y aceres diarios.

A nivel mundial tiene una elevada prevalencia llegando a alcanzar 12% en hombres y 18% en mujeres adultos jóvenes. Se ha demostrado mediante diversos estudios que el estrés que se genera en este grupo etario influye de gran manera en su desempeño laboral produciendo en estos efectos negativos en la calidad de vida.

En nuestro país actualmente existen pocos estudios sobre la migraña que es un problema de salud pública que actualmente se encuentra entre los principales motivos de consulta por cefalea.

Es por ello que ante la falta de estos estudios y el desconocimiento que tiene la población sobre esta importante patología que puede resultar incapacitante en algunos casos he creído que es necesaria e importante esta investigación.



## **OBJETIVOS:**

### **Objetivo general:**

- Conocer la prevalencia de migraña en los adultos jóvenes atendidos en consulta externa de Neurología del Hospital Isidro Ayora durante el periodo Febrero - Octubre 2015.

### **Objetivos específicos:**

- Determinar el número de pacientes con diagnóstico de migraña que acuden a consulta externa de Neurología
- Determinar el género en el que se presenta el mayor número de casos de migraña.
- Conocer la edad con mayor prevalencia de migraña en pacientes que acuden al servicio de consulta externa de Neurología del Hospital Isidro Ayora.

## **ESQUEMA DEL MARCO TEORICO**



## MARCO TEORICO

### 1. Migraña

#### 1.1 Causas de migraña

#### 1.2 Factores de riesgo

#### 1.3 Clasificación de la migraña primaria

1.3.1.1 Migraña sin aura

1.3.1.2 Migraña con aura

1.3.1.3 Migraña hemipléjica

1.3.1.4 Migraña oftalmopléjica

#### 1.4 Cuadro Clínico

#### 1.5 Pródromos

1.5.1 Aura

1.5.2 Dolor

#### 1.6 Migraña en la infancia y adolescencia

#### 1.7 Migraña crónica

#### 1.8 Evolución

### 2. Adultos

#### 2.1. Definición

#### 2.2. Clasificación

#### 2.3. Adulto sano





## MARCO TEORICO

### **Marco conceptual:**

#### **1. Migraña**

Es una enfermedad que tiene como síntoma principal el dolor de cabeza, usualmente muy intenso e incapacitante para quien lo sufre. Es una afección muy frecuente, de base genética, que afecta a entre el 12% y el 16% de la población general, siendo la incidencia más alta en las mujeres.<sup>78</sup>

El 80% de los pacientes presentan su primer ataque antes de los 30 años. La enfermedad cursa con episodios de dolor agudo intercalados entre largos periodos libres de síntomas. La frecuencia de las crisis es muy variable, lo más usual es entre uno y cuatro episodios al mes que duran entre 4 y 72 horas, si no se realiza ningún tratamiento. El dolor puede estar precedido de manifestaciones neurológicas variadas que se llaman aura y consisten en trastornos visuales o sensación de hormigueo en labio, lengua y la mitad de la cara. El dolor suele ser de gran intensidad, afecta a la mitad derecha o izquierda de la cabeza, más raramente a ambos lados simultáneamente, se acompaña de sensibilidad a la luz (fotofobia), náuseas, vómitos y empeora claramente con la actividad física. Por ello los pacientes suelen retirarse a una habitación oscura y permanecen inactivos hasta que desaparecen los síntomas.<sup>9</sup>

#### **1.1. Causas de migraña**

Es complicado explicar el proceso por el que ocurre la migraña, en parte porque no está del todo esclarecido. En la actualidad se acepta la teoría neurovascular. Según esta teoría la migraña se inicia por un mecanismo que afecta a estructuras neuronales del

---

<sup>7</sup> Zavala, H. A. (2003). Revista Argentina de Neurocirugía 17: 181 (Ed)

<sup>8</sup> PEREZ, Roidel. Migraña un reto para el médico general integral. México 2008.

<sup>9</sup> Pozo-Rosich P. Migraña: epidemiología e impacto. Rev Neurol 2012; 54 (Supl 2): S3-11.



cerebro, las cuales acaban activando el sistema vascular de las meninges, responsables finalmente de dolor.<sup>10</sup>

Se considera que el desencadenante de la migraña es un estímulo frente al cual la persona migrañosa es hipersensible, probablemente como consecuencia de una predisposición genética. Este estímulo puede activar diferentes estructuras del sistema nervioso, de manera que la activación predominante en alguna de estas áreas se correlaciona con las características clínicas de la migraña.<sup>11</sup>

La activación de una región llamada hipotálamo sería la responsable de los pródromos (sensaciones previas de malestar), que son percibidos por un porcentaje de los migrañosos horas o días antes del inicio de la migraña.

La activación de la corteza cerebral, especialmente en su parte occipital, se relacionaría con la presencia del aura migrañosa, que es un fenómeno, generalmente de origen visual, que aparece unas horas o minutos antes del ataque.

Finalmente, la activación de los núcleos que están en el tronco cerebral desencadenaría la activación de fibras sensitivas, sobre todo de un nervio llamado trigémino. Este nervio inerva los vasos sanguíneos de las meninges y su activación produce vasodilatación e inflamación de los mismos, siendo responsables de la crisis migrañosa propiamente dicha.<sup>12</sup>

## **1.2. Factores de riesgo**

Los ataques de migraña son muy diferentes entre los pacientes y en un mismo paciente a lo largo de su vida. Y, por ello, las causas que los producen también suelen serlo. Cada persona puede llegar a descubrir los factores o situaciones que más le afectan; y evitándolos conseguirá reducir la frecuencia de los ataques.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Britt Talley, Daniel (2010). AuthorHouse, ed. *Migraine*.

<sup>11</sup> Rothrock, J.F. Headache. American Headache Society (ed.): Material educativo de cefaleas. Migraña

<sup>12</sup> Lipton, R.B. (2009). «Migraine with aura». *British Medical Journal*: P. 337.

<sup>13</sup> Ramírez, Sergio Francisco. Asociación colombiana de neurología (ed.): <Guía de diagnóstico y tratamiento de la cefalea> 2012



Estrés, alteración del patrón de sueño, factores hormonales (por ejemplo, es frecuente la migraña antes de la menstruación; mejora en el embarazo y la menopausia; el uso de anticonceptivos puede hacer que aparezca o que se agrave).

Factores dietéticos: entre ellos se incluye el alcohol, la cafeína, el chocolate, edulcorantes artificiales (sacarina, aspartato), el glutamato (una sal que se usa como potenciadora del sabor), cítricos o alimentos que contienen tiramina (el queso curado, las nueces, el yogur, algunos pescados, la salsa de soja, los plátanos, el aguacate, el vino tinto, etcétera).

Esfuerzo físico, estímulos fuertes, cambios acusados en el clima, estímulos fríos, como el comer un helado, la exposición a luces intensas, olores fuertes, el tabaco, enfermedades infecciosas, traumatismos craneales, medicamentos.<sup>14</sup>

### **1.3. Clasificación de la migraña primaria**

#### **1.3.1. Migraña sin aura**

El nombre deviene del hecho que algunas migrañas son precedidas de sensaciones mayormente visuales llamadas auras (aviso), en tanto que otras no, es decir ocurren sin aura. La migraña común es cuando menos tres veces más frecuente que la migraña con aura. Los criterios requeridos (IHS) para diagnóstico de migraña sin aura son los siguientes

- A.- Cuando menos 5 ataques de cefalea que cumplen lo señalado desde B a D.
- B.- Cada ataque dura entre 4 y 72 horas (con terapia ineficaz o ausente)
- C.- Dolor con al menos 2 de las siguientes características
  1. Localización unilateral.
  2. Cualidad pulsátil.

---

<sup>14</sup> Matias-Guiu J, Porta-Etessam J, Mateos V, Díaz-Insa S, López-Gil A, Fernández C; Scientific Committee of the PALM Program. One-year prevalence of migraine in Spain: a nationwide population-based survey. Cephalalgia 2011; 31: 463-70.



3. Dolor de intensidad moderada a severa.
4. Causado o agravado por la actividad física rutinaria (caminar o subir escaleras, etc.).

D.- Presencia durante la cefalea a alguno de los siguientes síntomas:

1. Náusea y/o vómito
2. Fotofobia y sonofobia

E.- La cefalea no es atribuible a otra enfermedad.<sup>15</sup>

Los episodios dolorosos de la migraña sin aura o con aura, suelen empezar en la región frontal y temporal, de un lado o mitad del cráneo, de allí su descriptivo nombre, derivado de las palabras: griega hemikranea, latina hemigranea y francesa migraine (jaqueca es la denominación árabe de la migraña). El dolor no obstante, a veces, puede empezar bilateralmente o extenderse de un lado a todo el cráneo. Al inicio la cefalea es de poca intensidad y aproximadamente después de una hora, el dolor alcanza su grado máximo, el cual en ese momento es catalogado, salvo excepciones, como de tipo latido y cuya intensidad es catalogada usualmente por el paciente como alta, agregándose a ello su frecuente cualidad pulsátil (En escalas de evaluación subjetiva, de cero para la ausencia de dolor, hasta 10 en caso de dolor intolerable, los pacientes generalmente dan la calificación entre 7 y 9).

La frecuencia de ataques varía en diferentes pacientes.

Cuando ocurren menos de una vez al mes se habla de migraña infrecuente o esporádica. Si ellos ocurren de 1 a 15 veces al mes se califica de migraña frecuente y finalmente si los episodios dolorosos se repiten más de 15 veces al mes, durante tres meses, se recomienda usar dos denominaciones, migraña crónica y migraña sin aura.

El motivo por el cual se exige, como un requisito del diagnóstico de migraña sin aura, que la persona haya tenido cuando menos 5 episodios dolorosos, es

---

<sup>15</sup> Villate S, Arroyo J, Bessolo E, Crespín F. Cefalea y síntomas funcionales. Rev Neurol 2015; 60: 341-4.



asegurar el diagnóstico diferencial con otras cefaleas primarias, tomando en cuenta la posible similitud de las molestias en cada crisis, De no llegar a 5 episodios sufridos por el paciente, es correcto usar el diagnóstico de posible o probable migraña sin aura.

### **1.3.2. Migraña con aura**

En este tipo de migraña, los criterios para su diagnóstico son los mismos que los exigidos en la migraña común, con la diferencia que en esta variante, el episodio es precedido de variados síntomas complejos, reversibles, llamados aura (aviso o anuncio), cuyas características se describen:

A.- El diagnóstico de migraña con aura requiere cuando menos dos crisis de cefalea, precedidos de los fenómenos señalados en B, C y D.

B.- Aura consistente en al menos uno de los siguientes (no debilidad muscular).

1. Síntomas visuales completamente reversibles, unos de características positivas como luces titilantes, manchas luminosas o líneas luminosas u otras negativas como pérdida de visión.
2. Síntomas somato sensoriales completamente reversibles, unos con características positivas como hincadas o pinchazos y otros negativos como adormecimiento.
3. Disfasia, transitoria, totalmente reversible.

C.- Al menos dos de los siguientes

1. Síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensoriales unilaterales.
2. Al menos un episodio de aura que evoluciona en casi 5 minutos y/o diferentes auras en sucesión cada 5 minutos.
3. Cada aura dura más de 5 minutos, pero menos de una hora.

D.- Cefalea que cumple los criterios B - D de migraña sin aura. El dolor comienza durante el aura o aparece post aura, en un tiempo no mayor de 60 minutos.

E.- La cefalea no puede ser atribuida a otra afección.



La descripción precedente, en sentido estricto, corresponde a la denominada migraña típica con aura, que es el síndrome más común entre los varios tipos reconocidos de migraña con aura.<sup>1617</sup>

### 1.3.3. Migraña hemipléjica

Es aquella migraña con aura que incluye debilidad motora. Los criterios diagnósticos de esta son:

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

B.- Aura que presente las siguientes características

1. Debilidad motora completamente reversible
2. Síntomas visuales, sensitivos y/o del lenguaje completamente reversibles.

C.- Al menos dos de las siguientes 4 características:

1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un periodo >5 minutos, o dos o más síntomas se presentan consecutivamente
2. Cada síntoma de aura no motor se prolonga durante 5 a 60 minutos y los síntomas motores duran menos de 72 horas
3. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral
4. El aura se acompaña, o se sigue antes de 60 minutos, de cefalea.

D.- Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III, y se han descartado un ictus y un accidente isquémico transitorio<sup>18</sup>

### 1.3.4. Migraña oftalmopléjica

---

<sup>16</sup> World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011. Italy: WHO; 2011.

<sup>17</sup> Comité de la clasificación internacional de las cefaleas de la Headache Classification International Society. 3ra edición Marzo 2013

<sup>18</sup> CORREA. Luis. Dr. Migraña Oftalmopléjica. Ateneo. 2014



La migraña oftalmopléjica (MO) fue descrita por Jean-Martin Charcot en 1890. En la clasificación de 1988 fue incluida en el capítulo de las migrañas. En la revisión 2004, se la mueve de lugar al capítulo de Neuralgias craneales y otras algias faciales, pero se le mantiene el nombre a pesar de lo contradictorio.

Durante años al diagnóstico definitivo de la MO se llegaba por descarte, postulándose mecanismos muy variados: vasculares (micro-infartos, vasculitis), compresivos locales, trastornos anatómicos selares o paraselares o del seno cavernoso, hematológicos, etc.

Los criterios diagnósticos de migraña oftalmopléjica según la IHS 2004 son:

1. Al menos dos ataques que cumplan la definición.
2. Cefaleas migrañosas acompañadas o seguidas dentro de los cuatro días siguientes a su inicio, de paresia o parálisis de uno o más nervios craneales oculomotores.
3. Mediante investigaciones apropiadas deben descartarse lesiones paraselares, de la fisura orbitaria superior o fosa posterior.

McMillan describe algunos criterios complementarios sobre esta:

1. Tiempo prolongado para la resolución de los síntomas con media de tres semanas.
2. Episodios recurrentes mostrando mayor duración de los ataques y un incremento en la severidad de la oftalmoplejia.
3. Secuelas neurológicas permanentes en 30 % de los episodios recurrentes.
4. Rápida mejoría y acortamiento de la duración de las crisis con el empleo de corticosteroides.
5. En alguna ocasión recaídas al disminuir el tiempo de administración del corticosteroide.
6. En estudios de resonancia magnética cerebral, potenciación transitoria del contraste en el trayecto subaracnoideo del nervio craneal afectado (hasta 86% de las veces).



#### 1.4. Cuadro clínico.

La migraña se caracteriza por ataques de dolor de cabeza severo que tiene unas particularidades específicas: el dolor afecta generalmente sólo un lado de la cabeza, es pulsátil, incapacitante y se acompaña de náuseas, vómitos, y fotofobia. Los síntomas y su duración varían considerablemente entre los pacientes, y también de un ataque a otro. Clásicamente se distinguen cuatro fases en el episodio de migraña, los pródromos, el aura, la fase de dolor y los póstdromos o resolución, aunque a menudo no están todas presentes. Los pródromos son referidos por el 80% de los pacientes, el aura por el 20% y la fase de dolor puede no existir como ocurre en el aura sin migraña.<sup>1920</sup>

#### 1.5. Pródromos

Los pródromos son una serie de síntomas o sensaciones muy variadas y a veces sutiles que se presentan por regla general varias horas antes del dolor y están presentes en la mayor parte de los pacientes con migraña. Algunos de los más frecuentes son sensación de euforia, irritabilidad, bostezos continuos, falta de atención, palidez y deseo compulsivo de ingerir alimentos dulces. A diferencia del aura, estos signos premonitorios pueden aparecer muchas horas e incluso días antes del dolor.<sup>21</sup>

##### 1.5.1. Aura

El aura se presenta en uno de cada cuatro pacientes con migraña, dura entre 20 y 60 minutos. Cuando desaparece hay un intervalo menor de una hora sin síntomas y posteriormente comienza el dolor que corresponde a la siguiente fase.

Los síntomas más característicos son los visuales que pueden ser muy diversos, lo más típico es que se manifieste en forma de escotoma centelleante que consiste en

---

<sup>19</sup> Stewart WF, Roy J, Lipton RB. Migraine prevalence, socio-economic status, and social causation. *Neurology* 2013; 10; 81: 948-55.

<sup>20</sup> International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33: 629-808.

<sup>21</sup> López Rodríguez, Isidoro; Rodríguez Ledo, M<sup>a</sup> del P.; Sánchez de Enciso Ruiz, M. (2008). *Fisterra* (ed.): <Guía clínica. Migraña>





una zona ciega del campo visual acompañada por una serie de destellos luminosos móviles. En otras ocasiones, el aura provoca pérdida de sensibilidad y sensación de hormigueo que afecta a la mitad de la lengua y se extiende progresivamente al labio, la mejilla, el miembro superior y la mano del mismo lado.<sup>19</sup> Con menos frecuencia pueden producirse deficiencias motoras que ocasionan dificultad para hablar o pérdida de movilidad hemicorporal (en la mitad del cuerpo). Todos los síntomas producidos por el aura migrañosa son reversibles, desaparecen sin dejar ninguna secuela en menos de una hora.<sup>22</sup>

### 1.5.2. Dolor

Esta fase comienza con un dolor leve que aumenta poco a poco en intensidad hasta convertirse en moderado y severo. El dolor afecta solamente a la mitad derecha o izquierda de la cabeza, y se acompaña de una serie de síntomas característicos, se tolera mal la luz y los ruidos (fotofobia y fonofobia), por lo que el paciente se retira a una habitación oscura y evita realizar cualquier actividad. Asimismo, se presenta una sensación pulsátil que a veces se define como un rítmico martilleo doloroso y son frecuentes las náuseas y los vómitos. La duración es muy variable, comúnmente entre 3 y 24 horas si no se realiza ningún tratamiento o este es ineficaz. Si el dolor no cede después de 72 horas, la situación se considera una complicación que se llama estatus migrañoso.<sup>23</sup>

## 1.6. Migraña en la infancia y adolescencia.

En este periodo de la vida, la migraña no es inusual, la padecen alrededor del 6% de los adolescentes, mientras que el 18% de los adultos migrañosos manifiestan que sufrieron su primer episodio antes de los 10 años. Los síntomas son algo diferentes a los del adulto, el dolor es con mayor frecuencia bilateral, la duración es más corta a veces solo de una hora, en contraste con el mínimo establecido de cuatro horas para los adultos y a menudo el niño no expresa los síntomas acompañantes de

---

<sup>22</sup> Buonanotte CF, Buonanotte C. Migraña. *Neurol Arg* 2013; 5: 94-100.

<sup>23</sup> Bigal, M.E. (2010). «Chronic migraine in the population: burden, diagnosis, and satisfaction with treatment». *Neurology* 71: P. 559-566.



fotofobia, náuseas y empeoramiento por las actividades físicas, por lo que los mismos deben ser deducidos por los padres tras la observación de la conducta de su hijo. Por otra parte existen varios trastornos característicos de la infancia en los cuales la migraña se expresa con vómitos, dolor abdominal o vértigos, mientras que el dolor de cabeza es leve o está ausente, son los llamados síndromes periódicos de la infancia o equivalentes migrañosos que se consideran precursores de la migraña en la edad adulta e incluyen tres posibles diagnósticos: vómitos cíclicos de la infancia, migraña abdominal y vértigo paroxístico benigno de la infancia.<sup>2425</sup>

### **1.7. Evolución.**

La evolución de los ataques migrañosos varía mucho a lo largo de la vida del paciente. Se sabe que van disminuyendo de intensidad y frecuencia a medida que se envejece. Durante los periodos de tiempo que transcurren entre los ataques, el paciente no presenta ningún síntoma. Pueden producirse varios ataques al mes (importante, porque es un criterio diagnóstico de migraña), pero rara vez aparecen a diario. Así mismo, los ataques no tienen por qué presentar el mismo patrón siempre: pueden variar los pródromos; y un paciente que habitualmente sufre de migraña con aura no tiene por qué presentar aura en cada ataque. Además, no es infrecuente que el paciente de migraña sufra de vez en cuando de cefalea tensional.<sup>26</sup>

Parece que la frecuencia e intensidad de las migrañas en las mujeres mejora durante el embarazo y a partir de la menopausia; y empeora con la toma de hormonas sexuales, como los anticonceptivos o el tratamiento hormonal sustitutivo.

En general, afecta a la vida diaria del paciente, imposibilitando en muchos casos las actividades habituales, por la necesidad de reposo. Puede producir inconvenientes en el campo laboral, ya que muchos pacientes requieren de baja laboral durante los

---

<sup>24</sup> Winner, P.. American Headache Society (ed.): «Pediatric and adolescent migraine» 2011

<sup>25</sup> Laura Schawtmanz. Calidad de vida y migraña. HEALTH RELATED QUALITY. 2012

<sup>26</sup> Bolay, H.; A. Rapoport (2010). Headache, The Journal of head and face pain. (ed.): «Does Low Atmospheric Pressure Alone Trigger Migraine»



días que dura el ataque; así como en las relaciones personales, actividades deportivas o de ocio.<sup>2728</sup>

## 2. ADULTOS

### 2.1. DEFINICION

Según la OMS es la edad comprendida entre aproximadamente los 20 hasta a los 35 años de edad, luego de la resolución de la crisis del adolescente, esta permite el paso a una etapa en donde el individuo se vuelve más independiente y toma más responsabilidad en sus actos.

### 2.2. CLASIFICACIÓN

#### ADULTEZ

Es la llamada segunda edad de la vida del ser humano, incluye el final de la adolescencia por lo que no pueden verse aisladas una de otra, es el periodo comprendido entre los 20 y los 59 años de edad.

El hombre alcanza la etapa plena de desarrollo humano, se enfrenta a la sociedad con un nivel de responsabilidad en la formación de las nuevas generaciones

#### Clasificación por edades

Adulto joven ----de 18 años a----35 años

Adulto maduro----de 35 años a----59 años

A esa edad el ADULTO JOVEN alcanza la madurez física y sus sistemas corporales funcionan a optimo nivel adquieren una filosofía de la vida acorde con los cambios sexuales las transformaciones físicas y el momento social en el cual se desarrollan. La percepción sensorial e intelectual y el vigor muscular están al máximo

---

<sup>27</sup> Pedersen, D. M.; W.M. Wilson, G.L. White, Jr., R.T. Murdock, K.B. Digre (2011). Journal of Family Practice (ed.): «Migraine aura without headache»

<sup>28</sup> VELARDE, Elizabeth, AVILA, Carlos. Pronosticos en migraña a través del tiempo. 2012.



En el ADULTO MADURO será el crecimiento y a partir de los 45 años hay una disminución progresiva de la talla debido a los cambios degenerativos. Desarrolla un nuevo tipo de relación interpersonal. Desecha a voluntad lo que considera bueno o no. Contribuye a la transformación del medio.

Así como a su desarrollo. Se convierte en un eslabón más del proceso social. Hay aumento de peso con el decursar de los años.

### **2.3. ADULTO SANO**

Se considera a una persona saludable cuando está en equilibrio con su medio ambiente, cuando hay autonomía, dignidad y responsabilidad en su familia y en la comunidad.

#### **LA SALUD DEPENDE DE DOS GRANDES GRUPOS DE FACTORES FUNDAMENTALES:**

Los factores constitucionales o genéticos que marcan al ser humano desde su nacimiento.

El Medio ambiente que ejerce su influencia sobre los factores genéticos.

El primer grupo conformado por los factores constitucionales ó genéticos que marcan al ser humano desde su nacimiento

El segundo grupo está dado por el Medio ambiente que ejerce su influencia sobre los factores genéticos.

Hay que orientar y exigir a las personas con respecto a la necesidad de responsabilizarse en las cuestiones de salud, es importante la reorientación del concepto de Salud.

### **MARCO REFERENCIAL**

En general, se acepta que la prevalencia por vida, de la migraña, es del 15 al 18 por ciento de las mujeres y el 6 por ciento de los hombres. También se ha establecido que



la edad de más afectación es entre los 35 a 40 años y estas cifras ya van configurando el impacto socioeconómico de esta dolencia que al invalidar de 1 a 4 días por mes a una población en plena capacidad productiva, además de provocar un severo deterioro personal y social.<sup>29</sup>

El primer estudio epidemiológico realizado con los criterios de la IHS se llevó a cabo en Dinamarca. La prevalencia de la migraña a lo largo de toda la vida fue del 8% en los varones y del 25% en las mujeres, y la del último año del 6 y el 15% para varones y mujeres, respectivamente.<sup>30</sup>

En el American Migraine Study, llevado a cabo en 1999 en Estados Unidos, se obtuvo una prevalencia del 18% para las mujeres y del 6% para los varones, con un valor máximo para ambos sexos entre los 35 y los 45 años. El segundo gran estudio epidemiológico americano, el American Migraine Study II, se realizó 10 años más tarde y sus resultados coincidieron con los del primero. En este segundo estudio, la prevalencia fue máxima entre los 25 y los 45 años. La prevalencia de la migraña fue similar para ambos sexos antes de los 12 años, y posteriormente resultaba 3 veces más frecuente en las mujeres.<sup>31,32</sup>

Un estudio realizado en España en el año 2011 sobre prevalencia de migraña mostro que en ese año la prevalencia de migraña en la población en general fue de 12% con una relación 2:1 del género femenino sobre el género masculino.<sup>33</sup>

Estudio sobre prevalencia desarrollado en Zaragoza, España concluyo que la prevalencia global de migraña ampliada es de 16.6%. Por grupos diagnósticos: migraña con aura

---

<sup>29</sup> Zabala, Hector A; Bibiana B: Epidemiología de la migraña a nivel mundial e impacto socioeconómico. Rev. Argentina de Neurocirugía Oct-Dic. 2013

<sup>30</sup> Mauricio Rueda-Sánchez. Medication overuse in Bucaramanga, Colombia: Prevalence and associated factors. Acta Neurol Colomb 2013;29:20-26

<sup>31</sup> Lipton R, Scher A, Kolodner K, Liberman J, Steinert TJ, Stewart WF. Migraine in the United States: epidemiology and patterns of health care use. Neurology 2004; 58: 885-894.

<sup>32</sup> Lipton RB, Diamond S, Diamond ML, Stewart WF. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. Headache 2008; 41: 646-657.

<sup>33</sup> JONSSON P, HEDENRUD T, LINDE MATTIAS. Epidemiology of medication overuse headache in the general Swedish population. Cephalalgia 2011; 31: 1015-1022.



2.9%, migraña sin aura 9.7% y migraña vascular 12.6%. Mayor prevalencia de mujeres en todos los tipos de migraña. La frecuencia de migraña ampliada ajustada a población europea es de 19.6%.<sup>34</sup>

En el estudio realizado en Mérida, Venezuela en estudiantes universitarios se obtuvo que la prevalencia de la cefalea fue de 84,4%, y la de la migraña de 16,8%. La migraña no tuvo un efecto incapacitante importante en esta población. De los estudiantes con cefalea, 69,2% no solicitaron asistencia médica y 80,3% se automedicaron.<sup>35</sup>

Un estudio epidemiológico efectuado por Breslau en adultos jóvenes, que relaciona migraña con trastornos psiquiátricos e intentos de suicidio. Este estudio examinó a 1.007 adultos jóvenes de 21 a 30 años que formaron parte de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO: Health Maintenance Organization) en Michigan. Participaron en una entrevista estructurada que utilizaba definiciones de migraña de la Sociedad Internacional de Cefaleas, y un esquema de entrevista diagnóstica del National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de Salud Mental), para recoger la información sobre trastornos psiquiátricos. Los resultados mostraron una prevalencia de migraña a lo largo de la vida del 7% en hombres y del 16% en mujeres.<sup>36</sup>

Un estudio realizado en el Perú sobre prevalencia y características de migraña arrojó los siguientes resultados. Se ha investigado la presencia de migraña en 852 hombres jóvenes, recién ingresados a la Universidad Católica del Perú, quienes de acuerdo a normas establecidas, fueron citados a un examen médico obligatorio. Durante el mismo, a través de entrevistas personales, se indagó la presencia de migraña, diagnosticada en concordancia con los criterios propuestos por la Sociedad Internacional de Cefalea (IHS) en 1998. La edad promedio de la población estudiada fue 18 años. Se diagnosticó migraña en 16 (1.87 por ciento) de los 852 alumnos.<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup> M. Gracia-Naya. Importancia de las cefaleas en consultas neurológicas. Aragón, Zaragoza. España. 2010.

<sup>35</sup> Juana Rondon; Remy Rada. Rev. Panamericana de Salud, 2011.

<sup>36</sup> Lu SR, Fuh JL, Chen WT, Juang KD, Wang SJ. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. Cephalalgia 2011; 21: 980-6.

<sup>37</sup> Deza Brigans, Luis. La migraña en el Perú: estudio sobre prevalencia y características clínicas. Revista Neuropsiquiátrica. 2012. Pag. 144



La realización de un estudio en el mar de Plata, Argentina consistente en evaluar una muestra de 53 pacientes diagnosticados con migraña, 42 mujeres y 11 hombres se encontró que el 32% de la muestra tiene entre 25 y 30 años de edad; el 58% trabajan; el 30 % iniciaron su enfermedad entre los 16 y 20 años y el tipo de migraña padecida fue sin aura en el 47% de los casos, con aura en el 43% y mixta en el 10% de la muestra. Se descubre que en el 62% de los encuestados existen antecedentes familiares de la enfermedad y que un 85% de los pacientes refiere una frecuencia mensual de ataques con un promedio mayor a 6 veces.<sup>38</sup>

El estudio realizado a estudiantes universitarios de la carrera de medicina entre 18-35 años mostró los siguientes resultados. Estudiantes universitarios elegidos por tipo de muestreo aleatorio, según tamaño de muestra calculado con un nivel de confianza de 95%, poder del 80%, factor de prevalencia para migraña de 15%, dando un total de 186 pacientes; elegidos bajo los criterios de inclusión y exclusión descritos. La prevalencia de migraña en los estudiantes es de 31% el género más afectado es el femenino, no mostrando diferencias significativas en la edad y el grado de incapacidad de migraña es de 29 días de 90 días. Imposibilita realizar cualquier actividad por las características clínicas y asociadas al dolor intenso que se manifiesta, el cual produce un impedimento intelectual de realizar funciones cerebrales específicas.<sup>39</sup>

En un estudio de corte transversal en la población rural de la Policlínica Mabay en la provincia de Granma, Cuba. Se empleó la segunda clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas. El tamaño de la muestra, fue de 360 adultos mayores de 18 años, quienes se seleccionaron por muestreo aleatorio simple y los resultados fueron. 61 encuestados recibieron el diagnóstico de migraña (prevalencia: 16,9%). La prevalencia en el sexo femenino fue del 24,3%, y en el masculino, del 7,1%. La migraña

---

<sup>38</sup> Manca, Sofia. Universidad Fasta, Argentina. Prevalencia de migraña en población que acude a consulta neurológica del mar de Plata. 2010

<sup>39</sup> Dra. Maria del Pilar Navia Bueno: Dra. Jacqueline Farah Bravo. Factores asociados a migraña en estudiantes universitarios entre 18-35 años. 2011



crónica fue la más frecuente, con 25 casos (prevalencia: 6,9%), seguida de la migraña sin aura, con 18 diagnósticos (prevalencia: 5%).<sup>40</sup>

## **METODOLOGÍA**

**TIPO DE ESTUDIO:** Descriptivo, cuantitativo, retrospectivo longitudinal.

**UNIDAD DE ANALISIS:** Personas adultas jóvenes atendidos en consulta externa de Neurología del Hospital Isidro Ayora.

**UNIVERSO:** Todos los pacientes que acuden a consulta externa de Neurología del HRIAL

**MUESTRA:** Pacientes adultos jóvenes que acuden a consulta externa de Neurología durante los meses de Febrero a Octubre del 2015 que tienen diagnosticada migraña o que se diagnostica migraña por primera vez.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Pacientes adultos jóvenes con diagnóstico de migraña atendidos en consulta externa de Neurología del HRIAL durante los meses de Abril, Mayo y Junio del 2015.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Pacientes adultos jóvenes con otros diagnósticos atendidos en consulta externa de Neurología del HRIAL

Se realizara el presente proyecto mediante recolección de datos en el sistema informático del ministerio de salud pública RDACCA para conocer el número de pacientes que constan en el presente estudio. Luego de revisar los datos necesarios proceder a la tabulación de los datos encontrados mediante la elaboración de los cuadros estadísticos para conocer cuál es la prevalencia de migraña en pacientes adultos jóvenes atendidos en consulta externa de Neurología del Hospital Isidro Ayora y proceder finalmente a elaborar las conclusiones y resultados que se obtengan del presente proyecto de investigación.

---

<sup>40</sup> L. J. Contreras Maure. Características migraña en una población rural cubana. 2011





## IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

- Migraña: Variable dependiente
- Edad: Variable independiente
- Género: Variable independiente

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
<b>MIGRAÑA</b>	Cefalea primaria en la que no hay lesión de las estructuras de la cabeza sensibles al dolor y que ha sido diagnosticada por el médico en su consulta o cuando el paciente ha sido hospitalizado	Biológica	Diagnóstico de migraña	Si tiene migraña No tiene migraña
<b>EDAD</b>	Número de años cronológicamente cumplidos desde el nacimiento del individuo	Biológica	Adultos jóvenes	20-25 años 26-30 años 31-35 años 36-40 años 41-44 años
<b>GENERO</b>	<b>Clasificación de individuos que reúnen ciertas características biológicas en común.</b>	Biológica	Género	Masculino Femenino

## HIPÓTESIS



- ❖ ¿La prevalencia de migraña en pacientes atendidos en consulta externa de Neurología del HRIAL es alta por los niveles de estrés que tienen los adultos jóvenes en sus trabajos?
- ❖ ¿La prevalencia de migraña es mayor en el género femenino que en el masculino por los estilos de vida?

## RECURSOS

- Computadora
- Historias clínicas
- Base de datos RDACCA
- Libros
- Revistas científicas
- Impresora
- Internet
- Papel, lápiz, corrector, esferos
- Copias

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>CRONOGRAMA</b>																	
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>2015</b>								<b>2016</b>								
	M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E	O C T U B R E	N O V I E M B R E	D I C I E M B R E	E N E R O	F E B R E R O	M A R Z O	A B R I L	M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E - O C T U B R E
Análisis del proyecto investigativo																	
Revisión y aprobación de proyecto de investigación																	
Revisión marco teórico																	
Correcciones previas a la obtención de datos																	
Solicitud para revisión de base de datos																	
Obtención de información a través de base de datos RDACAA																	
Análisis de resultados encontrados																	
Elaboración de conclusiones																	
Presentación de informe final																	

# PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

## 1. Recursos humanos

### Sujeto investigador

- John Roberto Camacho Muñoz

### Sujetos investigados

- Adultos jóvenes atendidos en consulta externa de Neurología del Hospital Isidro Ayora

## 2. Recursos materiales

Material	Costo
Material de oficina y escritorio	\$ 20.00
Fotocopias	\$ 30.00
Impresiones	\$40.00
Internet	\$10.00
Anillados	\$20.00
Imprevistos	\$50.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$170.00</b>